Z Krajow. Zakładu Psychj. Dziekanka Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

WPŁYW NARZĄDU MIĘŚNIOWEGO NA POWSTANIE I ROZWÓJ ŚWIADOMOŚCI

Studjum psychobiologiczne*)

napisał

J. GAWROŃSKI.

Referat dla VI. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie dnia 27, 28, 29 czerwca 1926.

Wiemy dziś, że podłożem czynności psychicznych jest plazma w swoiście zróżniczkowanych formach komórek szarej kory mózgu. Podłoże to ulegało niezliczonym przemianom, utrwalając fizjologicznie i anatomicznie w miarę rozwoju i różniczkowania się, pewne typowe systemy zjawisk czynnościowych oraz ukształtowań morfologicznych i w tym ewolucyjnym pochodzie osiągnęło najwyższy szczebel rozwoju w szarej korze mózgu u człowieka. To przekonanie, że plazma jest podścieliskiem czynności psychicznych i że jako taka uległa i ulega od początku swego powstania, a obecnie i w stanie swego coraz większego rozkwitu prawom rozwoju, musi mieć podstawowe znaczenie jako punkt wyjścia dla rozważań psychobiologicznych o świadomości. Stojąc na powyższem stanowisku, stwierdzamy po pierwsze, że świadomość jest podmiotowem, tylko dla instrospekcji uchwytnem, odczuciem tych objektywnych zjawisk fizjologicznych, jakie zachodzą w zarodzi komórki szarej kory mózgu, a powstających pod wpływem bodźców świata zewnętrznego.

Po drugie wnioskujemy, że tak jak to somatyczne podłoże (kora mózgowa) całokształtu czynności duchowych ulegało i ulega jako swoista plazma prawom rozwoju, tak i jego podmiotowy wyraz — świadomość, tym samym prawom podlegać musi. Nie przestając być w istocie swej sobą, świadomość dzięki ewolucyjnym właściwościom

*) Uwaga. Studjum to opiera się 1⁰ na własnej obserwacji dziecka w okresie długoletniej działalności leczniczo-wychowawczej, 2⁰ na hypotetycznej pracy E. Storcha „Muskelfunktion und Bewusstsein" Grenzfragen des Nerven - und Seelenlebens. V. J. Bergmann. Wiesbaden i eksperymentalnych pracach H. Sachsa, Apathy'ego, przedstawiających narząd mięśniowy jako organ, pośredniczący w podawaniu wyobrażeń o masie i przestrzeni oraz dzięki temu pośrednictwu wzbogacający świadomość w odczucie otaczającej żywy ustrój rzeczywistości.

swego somatycznego podłoża — szarej kory — jest jako jej podmiotowy wyraz jakościowo i ilościwo inną na różnych szczeblach filo — i ontogenetycznego rozwoju: inną u zwierzęcia, inną u dziecka i inną u człowieka dojrzałego.

Wychodząc z powyższych biologicznych założeń, będziemy mogli w dalszych rozważaniach szukać dowodów i przykładów dla naszych twierdzeń nietylko u człowieka, jako wrzekomo wyłącznego posiadacza świadomości, ale sięgniemy w świat zwierzęcy, w ewolucyjne okresy jego powstawania t. j. jego filogenezę i we wzorach tego odwiecznego planu twórczości naturalnej szukać będziemy poparcia dla poruszonego przez nas zagadnienia.

Stwierdzając fakt, że system nerwowy i mózg wraz z korą jest ektodermalnego pochodzenia, a więc jakby uwewnętrznionym organem ektodermy, kojarzymy z nim fakt drugi, mianowicie, że pokrywa skórna w świecie zwierzęcym jest macierzą wszystkich zmysłów i sama jest organem zmysłowym dotyku. Ona to wraz ze zmysłami, znajdując się w stałem zetknięciu ze światem zewnętrznym, jest odbiorczynią, transformatorem i stacją nadawczą bodźców zewnętrznych przez peryferyczny system nerwowy do rdzenia mózgu i szarej kory.

W najwcześniejszych postaciach filogenetycznych zarówno u zwierząt, jak i embryonalnych — u człowieka (gastrula i jej pochodne), listek mezodermalny zrośnięty jest z listkiem ektodermalnym, stanowiąc z nim nierozerwalną całość. Jeżeli chodzi o twory gotowe, to najplastyczniej ujawnia się ta łączność u robaków (glista, pijawka itp.), gdzie warstwa ektodermy — stanowiąca powierzchnię zwierzęcia, zrośnięta jest z jego parjetalną mezodermą w tak zwany *worek skórnomięśniowy — organ zmysłowo-ruchowy.* Już więc na najwcześniejszych szczeblach życia mięśnie związane są ściśle z pokrywą zmysłową i jako złożony narząd o podwójnem pochodzeniu oprócz czynności protekcyjnych, wydzielniczych, respiracyjnych, spełniają funkcje aparatu zmysłowo-ruchowego. W miarę rozwoju jestestw bezkręgowych zarówno narządy powstające z ektodermy jak i z mezodermy, różniczkują się coraz bardziej, (aby tylko ograniczyć się do zwrócenia uwagi na organy wzroku i lokomocji u owadów, u mątw i ośmiornic) nie przestają być jednak w ścisłym ze sobą kontakcie. U kręgowców, które odziedziczyły po bezkręgowych typowe wzory embryonalnego rozwoju, widzimy po gastrulacji zarodka ten sam ścisły kontakt listka mezodermalnego ościennego z ektodermalnym, nadto z tych samych listków, przylegających ściśle do siebie powstają: 1^0 przez tworzenie się

fałd nad struną grzbietową (chorda dorsalis) rura nerwowa ektodermalnego pochodzenia ,zaczątek centralnego systemu nerwowego, oraz 2° po obu jej stronach odcinki mięśniowe z listka mezodermalnego (t. zw. segmenty), różniczkując się i rozwijając w pniu kręgowców, przyczem nie przestają być ze sobą jak i w swoich morfologicznych pierwocinach (Amphioxus lanceolatus i t. p.) w najściślejszym kontakcie anatomicznym i fizjologicznym.

Pozwoliliśmy sobie tu na przytoczenie powyższych faktów, stwierdzających ścisłą łączność trzech narządów, mianowicie pokrywy skórnej (integumentu), peryferycznego i centralnego narządu nerwowego wraz z mózgiem i szarą korą (pochodzenia ektodermalnego) i systemu mięśniowego (pochodzenia mezodermalnego), łączność fizjologiczną i morfologiczną, istniejącą już w pierwotnych formach filogenetycznej twórczości (robaki) i trwającą w okresie istnienia i rozwoju pnia zwierzęcego oraz potęgującą się stale aż do najwyższych wzorów organizacyjnych (człowiek), na jakie dotąd zdobyła się natura. Uczyniliśmy to w celu przygotowania czytelnika do rozważań, skreślonych poniżej, które właśnie, wychodząc z tej, w całokształcie stworzenia istniejącej, łączności trzech powyżej wymienionych narządów, usiłują wykazać, jak one w tym przedziwnym kontakcie pomagają sobie wzajem do wytworzenia rozwojowo najpóźniejszej i najbardziej tajemniczej organizacji psychicznej, jaką jest świadomość. A ponieważ stosunek pokrywy skórnej, macierzy zmysłów, do mózgu i jego szarej kory jako podłoża świadomości jest w biologji i psychologji dostatecznie wyświetlony, system zaś mięśniowy jako narząd ruchliwości bywa w tym stosunku narządów zmysłowych do szarej kory albo pomijany albo zbyt mało jeszcze doceniany, zadaniem szkicu będzie wysunąć i uwypuklić jego rolę w powstawaniu i rozwoju świadomości.

Jeżeli obserwujemy rozwijające się dziecko, najbardziej nam podpada pod zmysły jego nadmierna (w stosunku do człowieka dojrzałego) ruchliwość. Dziecko jest też istotą par excellence ruchową. Całe jego życie poza snem, objawia się w ruchu. Brak ruchliwości, skłonność do siedzenia, pokładania się to objawy patalogiczne. Ruchliwość zaczyna się już w łonie matki, jako jeden z pierwszych objawów życia i trwa przez cały okres rozwoju, a więc niemowlęctwa, wczesnego dzieciństwa, okresu młodzieńczego, a nawet w okresie dojrzewania i objawia się już to w ruchach porodowych, w pierwszym oddechu w ssaniu i w nieskoordynowanych ruchach kończyn, już to w samodzielnej sztuce stawania, chodzenia, mówienia, w zabawach, sportach, pieszych wycieczkach i t. p. W niemowlęctwie idzie w parze

ta żywiołowa i nieskoordynowana ruchliwość z niedorozwojem szarej kory mózgu i ubóstwem świadomości.

W miarę potęgującej i różniczkującej się oraz bardziej skoordynowanej ruchliwości wzmaga się rozwój mózgu, szarej kory a z nią i świadomości. Ruchliwość dziecka, rozwój jego wogóle, rozwój jego mózgu i świadomości — to zjawiska, znajdujące się w ścisłej od siebie zależności. Z tego łańcucha zależnych zjawisk połączmy dwa ogniwa — pierwsze i ostatnie, t.j. ruchliwość dziecka i jego świadomość i zastanówmy się nad ich wzajemnym stosunkiem. Przypatrując się dziecku, zauważymy, że *jego ruchliwość w znacznej mierze skierowana jest na przezwyciężenie oporów, jakie nastręcza mu otoczenie.* W zabawach swoich z przedmiotami martwemi, którym oddaje się godziny całe, jak piasek, żwir, glina, gałganki, patyki, lalki, pozatem stołki, krzesła itp. spotyka się *z masą* (materją), w której natrafia na opór bardzo różnorodny i przypatrując się tej masie, smakując ją (bierze wszystko w usta) i jednocześnie wąchając, wsłuchując się w jej dźwięki (uderza często z godną podziwu wytrwałością po kilkadziesiąt razy w rytmicznych lub arytmicznych ruchach kijem w kamień itp. (usiłuje przezwyciężać jej opór przez pchanie, przyciąganie, przesuwanie, dotykanie, gładzenie jej powierzchni, wtłaczanie nią palców (urabianie gliny) i nadawanie jej form różnorodnych. Te wszystkie przeżycia i doświadczenia z masą są przezwyciężaniem oporów, jakie ona pod postacią przeróżnych ciał stale nastręcza.

Masa, stawiając opór próbom dziecka, kuszącym się o zmianę jej formy i położenia, hamuje, powstrzymuje, różniczkuje, reguluje, rytmizuje ruchliwość rozwijającego się ustroju. Wrażliwą na te wpływy masy i podającą się jej biernemu oddziaływaniu (opór, ciężar) *może być w ustroju tylko tkanka mezodermalna, ściślej — tkanka mięśniowa. Wszędzie więc tam, gdzie z narządami zmysłowymi związana jest tkanka mięśniowa, staje się ona współpośrednikiem wywołującym wyobrażenie ciała, hamującego ruch.* Ale masa jest rozciągłą przestrzennie, dlategoteż w zetknięciu się z nią narząd mięśniowy staje się też aparatem pośredniczącym w powstawaniu wyobrażeń o przestrzeni, nieodłącznej od masy. Nie jedynie drogą zmysłów, ew. dotyku dostają się tedy do kory mózgowej odpowiednio urobione bodźce zewnętrzne, pochodzące od zetknięcia z masą i przestrzenią. *Masę i przestrzeń uświadamia sobie dziecko przy stałym współudziale czynności mię-*

śniowej.)* Uprzytomnimy sobie to na schematycznym wykresie, zapożyczonym z pracy E. Storcha (patrz rysunek 1. i 2.), odpowiednio przystosowanym do celów naszych rozważań. Wyobraźmy sobie, że linja (na rysunku 1.) większego okręgu A. przedstawia nam czuciową powierzchnię ciała ludzkiego pochodzenia ektodermalnego. Jest to syntetyczny obraz narządów zmysłowych dziecka. Jedno z licznych zjawisk świata zewnętrznego B. staje się bodźcem, drażniącym tę powierzchnię. W momencie działania bodźca B. następuje jego transformacja, właściwa danemu narządowi zmysłowemu — Bz (zmysłowa). Przez nerwy dośrodkowe Bz, jako odpowiednik zmysłowy podrażnienia zewnętrznego B dostaje się do czuciowych ośrodków szarej kory, przedstawionej na rysunku linją okręgu wewnętrznego, mniejszego, i tam dzięki nieznanym bliżej zmianom utrwala się jako śród-korowa odbitka **) bodźca B — Bzk. Bz i Bzk są to transformacje energji komórek, reprezentujących swoiste czynności i ukształtowania plazmy.

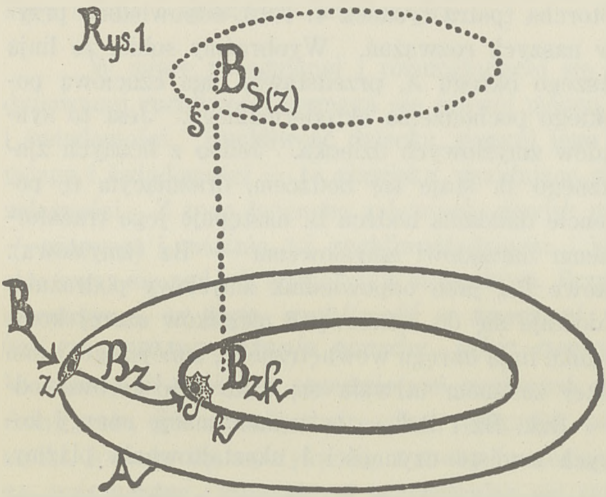
Bezpośrednim wynikiem grupy B, Bz, Bzk, jest akt psychiczny (Bzś,) — podmiotowe odczucie środkowej odbitki Bzk. Bzś jest elementem świadomości, przedstawionej na rysunku przez okręg kropkowany, odpowiadający wielkością okręgowi wyobrażającemu szarą korę mózgu. Wykres przedstawiony na rysunku 1. jest schematycznym wzorem syntezy pojedyńczych etapów, począwszy od bodźca B (świat zewnętrzny), jakie powstają w ektodermalnych organach zmysłowych i centralnym narządzie nerwowym dziecka i w finalnym wyniku stają się odczuciem, wyrazem psychicznym — składnikiem powstającej świadomości.

---

*) Uwaga. W przytoczonej powyżej pracy pisze E. Storch: „Die Masse ist das Wesentliche, was eine Erscheinung zum Objekt macht und ihr den Charakter der Wirklichkeit verleiht. Masse ohne räumliche Ausdehnung giebt es nicht. Raum ist die Bedingung der Massenwahrnehmung, wie die Zeit die Bedingung der Wahrnehmung überhaupt ist. Masse ist räumlich und fest. Sie setzt den Widerstand der Versuche, ihre Form zu verändern; sie hemmt die Bewegung. Die Muskulatur als Organ ist allein im Stande uns die Vorstellung eines die Bewegung hemmenden Körpers zu geben. Die Masse messen wir durch eine Bewusstseinstätigkeit, welche regelmässig die Muskelfunktion begleitet. Den Raum messen wir durch die Masse. So ist Masse und Raum durch unsere Muskeln als Wahrnehmungsorgan vermittelte Vorstellung". „Raumvorstellung und Massenvorstellung ist myogen. Nicht der Tastsinn spielt eine wesentliche Rolle bei der Wahrnehmung der Masse. Für die Vorstellung der Masse ist ganz gleich, ob ich sie mir warm, kalt, glatt, rauh, blau, weiss, denke; das Wesentliche ist Kraft, die nötig ist, sie in Bewegung zu versetzen". „Die durch Muskelfunktion ausgelösten Bewusstseinsvorgänge sind myopsychisch".

**) Uwaga. Odbitka jako wynik stanów czynnych w korze mózgowej.

Objaśnienie do rys. 1.



A. czuciowa powierzchnia ciała. z. — jej ośrodek zmysłowy

B. bodziec zewnętrzny

Bz. swoista transformacja zmysłowa bodźca B.

k. szara kora mózgu. — c. — jej ośrodek czuciowy.

Bzk. śródkorowa odbitka bodźca B.

ś. — okręg kropkowany, symbolizujący biosferę świadomości.

Bś(z). — świadomy wyraz (odczucie) środkorowej odbitki Bzk.

Objaśnienia do rys. 2.

B. — bodziec zewnętrzny

A. — czuciowa powiecrzchnia ciała } zr. — ośrodek zmysłowo-ruchowy
M. — narząd mięśniowy }

Bz. — swoista transformacja zmysłowa bodźca B.

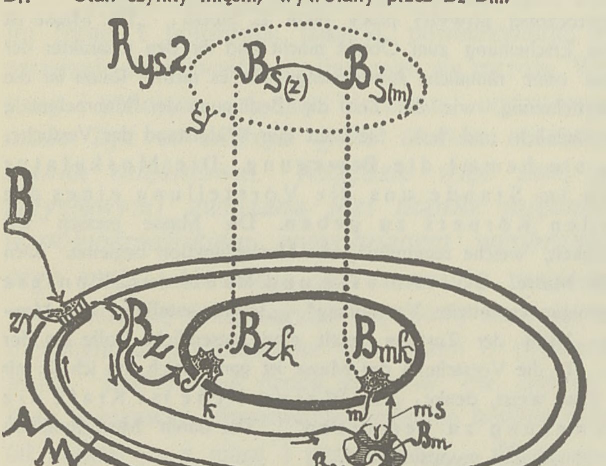
k. — szara kora mózgu. c. — jej ośrodek czuciowy

Bzk. — środkorowa odbitka bodźca B.

ś. — okręg kropkowany, symbolizujący biosferę świadomości.

Bś(z) — świadomy wyraz (odczucie) środkorowej odbitki Bzk.

Br. — Stan czynny mięśni, wywołany przez Bz Bm.



Bm. — wrys czynności mięśniowej Br. w motorycznych komórkach rdzenia (rogi przednie)

ms. — droga myosensoryczna.

m. — myosensoryczny ośrodek szarejkory w jej polach motorycznych.

Bmk. — śródkorowa odbitka Bm.

Bś(m). — myopsychiczny wyraz świadomości.

Z kolei przedstawimy wykres bardziej skomplikowany, który uwidoczni ważną rolę, jaką przy tworzeniu świadomości odgrywa narząd pochodzenia mezodermalnego t. j. system mięśniowy, ten, jak widzieliśmy wyżej, nieodłączny sojusznik i współpracownik pokrywy skórnej, narządów zmysłowych i mózgu. Na wykresie tym (patrz rysunek 2.) spotykamy dosłowne powtórzenie wykresu pierwszego z tą różnicą, że tu pokrywa zmysłowa zarysowuje się jako linja krzywa o podwójnym konturze. Jej wewnętrzny kontur przedstawia nam narząd mięśniowy, pracujący, jak zobaczymy, w synergistycznym zespole z narządami zmysłowymi przy powstaniu świadomości. Z chwilą kiedy bodziec B. wraził się w powierzchnię zmysłową jako Bz, wówczas następuje (niezależnie od procesu przemiany Bz w Bzk w środkorowych ośrodkach mózgu) jednoczesne podrażnienie odpowiednich mięśni, związanych z narządem zmysłowym, wychodzące z Bz. Skutek podrażnienia—to akcja mięśni Br. i jej wrys rdzeniowy Bm. Odbicie tych stanów czynnych wstępuje z motorycznych komórek przednich rogów rdzenia pacierzowego w odpowiednie formacje rdzenia przedłużonego (medullae oblongatae) przez anatomiczne dotychczas nieustaloną, ale biopsychicznie usprawiedliwioną drogę (wśród lub obok drogi piramidowej) t. zw. *drogę myosensoryczną,* która znajduje swoje zakończenie w komórkach szarej kory w Bmk mianowicie w jej polach motorycznych.*

Tej objektywnej środkowej odbitce Bmk**) odpowiada czysto subjektywny, dostępny tylko dla introspekcji, myopsychiczny wyraz

*) Uwaga. W wyżej pomienionej pracy E. Storch tak mówi: „Die gesonderte Annahme einer myosensorischen Bahn ist notwendig. Lange bevor das Kind eine Bewegung ausführen will, führt es sie reflektorisch (subcortical) aus. Der Wille zu schreien und demgemäss der materielle (corticale) Vorgang entsteht später als die Schreibewegung und deren spinale Innervation, so dass anzunehmen ist, dass das Cortincale als eine Art Photographie der Muskeltätigkeit (oder des Vorganges in den Spinalzellen) durch eine centripetale Bahgebildet wird. Der Sitz der Willensentladung — die Pyramidenzellen ist nicht indentisch mit der Myopsyche und folglich ist die myosensorische Bahn auch nicht indentisch mit der Pyramidenbahn".

„Die myosensorische Bahn müsste in besonderen Fasern des Rückenmarks aufsteigen und an gesonderten Zellen der Grosshirnrinde endigen." „Die Muskelaktion veranlasst eine zentripetal gerichtete Nervenströmung, eine in der Anatomie noch nicht genauer festgelegte myosensorische Bahn, die sich in die Grosshirnrinde ergiesst. Die corticale Projection dieser Bahn ist dieselbe, wie die der motorischen Pyramidenbahn".

H. Sachs w pracy, Die Enstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen. Breslau 1897 podaje jako punkt wyjścia dla drogi myosensorycznej komórki motoryczne rdzenia przedłużonego (Höhlengrau).

**) Bmk wyobrażamy sobie jako rodzaj odbitki, wywołanej stanami czynnymi, w korze szarej.

świadomości — Bś/m/. Z tych więc dwóch wykresów, mających czytelnikowi ułatwić zrozumienie stosunku między bodźcem B., a jego psychiczną reprezentacją Bś/z/ = Bś/m/*) widzimy, że bodziec, wywierający swój wpływ na zmysły, przez swoje transformacje w narządach zmysłowych wywołuje zawsze czynności mięśniowe i że wskutek tego objektywne odbicie wpływów w korze szarej, pochodzi zarówno od organów zmysłowych, jak i od związanych z nimi mięśni. Z tej to racji i świadomość, jako psychiczny wyraz zjawisk śródkorowych, posiada w każdym akcie psychicznym, np. wyobrażeniu, odczucie wpływów zmysłowych — Bś/z/ —, jako też i jednoczesne odczucie wpływów mięśniowych — Bś/m/. Pełna świadomość, normalna, wywołana przez bodziec B., powstaje z połączenia powyższych odczuć Bś/z/ = Bś/m/ w jednę nierozerwalną całość. Im współczynnik myopsychiczny Bś/m/ jest silniejszy, tym realniej zarysowuje się w świadomości bodziec B., jako masa, wymiar, kierunek, przestrzeń — t.j. zjawiska świata zewnętrznego subjektywnie odczuwane jako rzeczywistość.

Stanąwszy na powyżej skreślonej platformie, kojarzącej powstanie świadomości ze współpracą i współrozwojem trzech systemów somatycznych pochodzenia ekto - i mezodermalnego, mianowicie pokrywy skórnej jako macierzy zmysłów, narządu nerwowego wraz z mózgiem i szarą korą oraz systemu mięśniowego, ułatwiamy sobie zrozumienie psychobiologicznego przeświadczenia, że filogenetycznie świadomość jako psychiczny wyraz somatycznych oddziaływań wspomnianych trzech narządów, wyprzedziła znacznie rodzaj ludzki oraz rozwijała się już w świecie zwierzęcym jako prodrom świadomości, występującej u człowieka już w całym swoim majestacie.

Potwierdza to w całej rozciągłości rozwojowej ontogeneza, dziecko bowiem w swoich pierwocinach życiowych (łono matki), w niemowlęctwie i wczesnem dzieciństwie jest istotą par excellence rdzeniową. Życie jego jest czysto refleksyjne, życie zaś świadome, przesycające się wolą i przemyślanym czynem rozwija się w okresie dojrzewania i w wieku młodzieńczym jako nadbudowa wszechwładnie panującej w dzieciństwie refleksyjności. Ta nadbudowa powstaje cegła po cegle, w myśl zasadniczego planu filogenetycznego jako wynik współpracy wspomnianych trzech systemów somatycznych. Działanie zmysłów w rozbudowie świadomości na refleksyjnym cokole, jakkolwiek pierw-

*) Uwaga. Znak = między Bś(z) i Bś(m) to nie znak równania, ale znak podwójnego, wzajemnego połączenia tych odczuć.

szorzędnego znaczenia, odbywa się u dziecka prawie niepostrzeżenie dla otoczenia, gdy tymczasem praca narządu mięśniowego podpada obserwatorowi aktów rozwojowych jako niezmożona ruchliwość, objawiająca się w niezliczonych czynnościach i związanych z niemi formach. Ta żywiołowa, refleksyjna ruchliwość dziecka nie jest tylko wyładowaniem nadmiaru rozwijającej się energji, *ale w pierwszym rzędzie instynktowną potrzebą bezpośredniego zetknięcia się ze światem zewnętrznym, a więc masą (materją),* objawiającą się w przenajrozmaitszych postaciach, stanach, skupieniach w przestrzeni, oraz potrzeba pokonywania oporów, jakie ona (masa) w tych niezliczonych formach nastręcza. *To pokonywanie oporów w przestrzeni i czasie posiada swój wyraz psychiczny w świadomości* — postrzeżenie myopsychiczne. Pochodzi ono nie od organów zmysłowych, ale od pracy mięśniowej, porającej się z masą. Dziecko (naturalnie odnosi się to i do człowieka dojrzałego), doznając subjektywnego uczucia oporu, jaki przedstawia masa, tylko właśnie dzięki odczuwanemu oporowi tę masę poznaje jako objekt rzeczywisty. Jeżeli jego ruchy nie spotykają oporu, a więc subjektywnie nie wywołują odpowiedniego uczucia, wówczas w świadomości powstaje tylko obraz poznawczy pustej przestrzeni. Narząd mięśniowy, jako nieodłączny i odwieczny współpracownik narządów zmysłowych, anatomicznie i fizjologicznie ściśle z niemi związany, pośredniczący w zetknięciu organizmu z masą w przestrzeni i czasie, wywołuje w świadomości ludzkiej poczucie rzeczywistości.

Powyższe rozważania psychobiologiczne, dotyczące zarówno wpływu narządu mięśniowego na rozwój świadomości i jej swoistego charakteru, pozwalają na wyprowadzenie odpowiednich wniosków natury pedologicznej i psychopatologicznej oraz mogą się przyczynić do wyświetlenia wielu zjawisk w zakresie tych dziedzin.

Pedologja współczesna, opierając się na bezpośredniej obserwacji życia dziecięcego w różnych okresach jego rozwoju oraz na wynikach psychologji doświadczalnej, coraz częściej stwierdza niedostateczność metody poglądowej w wychowaniu i domaga się gruntowania zabiegów wychowawczych nie tylko na bezpośredniem zetknięciu zmysłów dziecka ze światem zewnętrznym ale na rozwijaniu ergopsychicznych jego popędów. Na tem stanowisku stoi pragmatyczna psychologja James'a, pedagogiczne wysiłki Dewey'a, Montessori, t. zw. szkół pracy, a przedewszystkiem szkoły twórczej (Ecole active w

Szwajcarji, Francji i Belgji oraz Szkoła Odrodzenia w Polsce.* Wyżej wypowiedziane poglądy o roli narządu mięśniowego w powstaniu świadomości są psychobiologicznym potwierdzeniem słuszności najnowszych kierunków pedologicznych i praktycznych poczynań pedagogicznych, dążących do pełnego rozwoju władz psychicznych dziecka drogą samorodnej pracy zmysłów w skojarzaniu z pracą mięśniową.

Przechodząc z kolei do zjawisk psychopatologicznych, podkreślamy na wstępie już w innych formach wyrażone powyżej przeświadczenie, że rzeczywistość danego zjawiska, odczuwana przez nas, a spowodowana oporami masy, jest w naszej świadomości reprezentacją bodźców nieodłącznych od przestrzeni, a więc bodźców myogennych. Jeżeli więc zespół reprezentacyj psychicznych Bś/z/, wywołanych bodźcami zmysłowymi, nazwiemy duszą zmysłową, (Pathopsyche E. Storcha) zespół zaś wyrazów psychicznych Bś/m/ — (patrz wykres drugi i odpowiedni tekst na str 6 i 7, spowodowanych przez bodźce myogenne, nazwiemy duszą mięśniową (Myopsyche E. Storcha) i raz jeszcze zaznaczymy, że normalnie tylko w połączeniu tych obu reprezentacji psychicznych zarysowuje się w naszej świadomości rzeczywistość, świat realny, to dojdziemy do wniosku, że poczucie rzeczywistości słabnie, kontakt subjektywny ze światem realnym rozluźnia się w świadomości ludzkiej wówczas, kiedy współpowstawanie odpowiednich reprezentacyj duszy zmysłowej i duszy mięśniowej nie dochodzi do skutku. Tem rozszczepieniem, rozstrojem duszy zmysłowej i mięśniowej możemy sobie wytłomaczyć cały szereg objawów psychopatologicznych, w ktorych kontakt z rzeczywistością jest narażony na szwank. U neurasteników spotykamy się często ze skargami, że nie widzą dokładnie otoczenia, że świat im się przedstawia jak za mgłą, że tracą kontakt z otoczeniem, że jakoś dziwnie niewyraźnie, karykaturalnie, przedstawiają im się zjawiska świata otaczającego. Jednocześnie zaś stwierdzamy u podobnych chorych, że siła ich wzroku jest normalna. W stanach psychotycznych cięższych spotykamy się z mniemaniem, że to, co chory widzi, nie jest prawdziwe, albo, że to nie jego osoba widzi. Takie same objawy chorobowe zachodzą w patologicznie zmienionej biosferze innych zmysłów i przy takiej już kumulacji objawów

*) W pracy J. Gawroński „Szkoła Odrodzenia" (Fiszer i Majewski, Poznań, 1925) streszcza autor wyniki 15-letnich zabiegów wychowawczych, uwzględniających nietylko udział zmysłów dziecka w jego rozwoju psychicznym, ale także jego ruchliwość, jego skłonność do pracy mięśniowej (metoda ruchowa w szkole).

patologicznych następuje bezradność, mniej lub więcej dotkliwy brak orjentacji, lęk z powodu utraty realnego gruntu pod nogami, podniecenie lub depresja jako wynik tego lęku — słowem grożne znamiona rozwijającej się psychozy.

Powyżej naszkicowane rozważania psychopatologiczne znajdują się też w zgodzie z najnowszymi kierunkami terapeutycznymi, stosowanymi w psychjatrji. Dążność do zajęcia jaknajwiększej ilości psychicznie chorych pracą, znajdując coraz szersze zastosowanie w praktyce zakładów psychjatrycznych, nie jest tylko usiłowaniem zajęcia chorego czemśkolwiek dla wyrwania go z jego autystycznej atmosfery, dla odwrócenia jego uwagi od chrobliwych uczuć, urojeń, omamów, dla zapewnienia mu dobroczynnych wpływów socjalnego współżycia, wreszcie, dla podtrzymania sprawności jego sił fizycznych i umysłowych, tak pożytecznej w okresach pochorobowych. Rdzenna, istotna wartość leczniczo - wychowawcza powyższych zabiegów — to nawiązanie ścisłego kontaktu przez psychicznie chorego ze światem zewnętrznym, z masą i wszystkimi jej atrybutami, otoczenie go bodźcami działającymi na zmysły w połączeniu z pracą mięśniową jako czynnikiem ergopsychicznym, dostarczenie przeżyć, na które składałyby się zarówno wpływy zmysłowe oraz myogenne i w tem synergistycznem oddziaływaniu na rozstrojoną, rozszczepioną świadomość, przywracanie jej powoli odczucia rzeczywistości, a z niem pełni świadomości i zdrowia psychicznego.

Hôptal Pychiatrique public du Pays, (Posnanie) à Dziekanka (Pologne).

L'INFLUENCE DU SYSTÈME MUSCULAIRE SUR L'ORIGINE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONSCIENCE.

Etude psychobiologique

par

JULIEN GAWROŃSKI.

Résumé.

L'auteur, s'appuyant sur les résultats de ses propres observations de l'enfant et sur les ouvrages de E. Storch, H. Sachs et Apathy, démontre de quelle manière l'appareil musculaire influence le développement de la conscience.

Les stimulus qui agissent sur les organes sensitifs produisent des transformations dans les organes mêmes. Ces transformations parviennent comme nouveaux stimulus à la substance grise du cerveau en y produisant des états actifs corrélatifs. Ces états dans la substance grise se manifestent comme psychismes — les éléments de la conscience.

La conscience produite par ces moyens n'est pourtant pas une conscience pleine et claire. Elle acquiert ces qualités grâce au travail simultané des muscles, jointe à l'action des organes sensitifs, et ce n'est que comme résultat de ce travail que la conscience devient pleine et claire.

Le système musculaire se manifeste comme agent intermédiaire dans la genèse des notions de l'espace. Le procès qui fait naître les psychismes et qui n'est pas encore localisé anatomiquement, mais bien justifié psycho-biologiquement, se traduit de la manière suivante:

Si un phénomène quelconque du monde extérieur agit comme stimulus sur les organes sensitifs, les transformations qui en dérivent produisent simultanément des actes des muscles, par lesquels le système musculaire entre en contact avec la matière (la masse), celle-ci reprénant le mouvement des muscles.

L' innervation partant des cellules des cornes antérieures de la moelle spinale (conjointement avec les voies pyramidales), par la voie myosensorique, parvient comme stimulus jusqu' à la substance grise du cerveau, y produisant des états actifs qui répondent aux actes musculaires — vainqueurs de la résistance de la matière.

En résumé, un stimlus qui agit sur les organes sensitifs, produit d'une manière indirecte des actes musculaires et en même temps évoque dans la substance grise du cerveau deux clichés: l'un sensitif dans les centres sensoriels (fig. 1), l'autre myogénique, dans les centres moteurs (fig. 2.) Ces procès simultanés dans la substance grise du cerveau ont pour effet la conscience claire et pleine du stimulus extérieur — le sentiment de la réalité.

L'enfant - nouveau né, être encore moelleux et réflexe dans la première époque de sa vie, bâtit à mesure de son développement l'édifice de sa connaissance du monde extérieur, par suite de l'effort simultané des sens et des muscles, ce qui se traduit par son infatiguable activité et le combat qu'il livre dans ses jeux à la résistance de la matière.

La conclusion pédologique et pédagogique à en tirer se résume en ceci:

La pédologie contemporaine exige du pédagogue non seulement l'exercice des organes sensitifs de l'enfant, mais encore celui de ses muscles. C'est à cette exigence que répond le pragmatisme de James les écoles de Devey, de Montessori, l'école nommée Ecole active en Suisse, en Belgique etc. l' Ecole de relèvement en Pologne, fondée et dirigée par l'auteur. Bien des phénomènes psychopathologiques dérivent de la disjonction des éléments sensitifs et musculaires et voilà pourquoi la psychiatrie moderne doit tendre à mettre le malade en contact avec le monde extérieur en lui procurant des jeux ou bien l'exercice des muscles dans des ateliers, dans les champs ou les jardins.

DZIEDZICZNOŚĆ U CZŁOWIEKA W SWIETLE BADAŃ ANTROPOLOGICZNYCH

PROF. DR. JAN CZEKANOWSKI. (Lwów).

TREŚĆ: KIERUNKI BIOMETRYCZNY I GENETYCZNY. — GŁÓWNE ETAPY ROZWOJU BADAŃ. — TRUDNOŚCI BADANIA DZIEDZICZNOŚCI U CZŁOWIEKA. — KOMPLIKACJE SPOWODO WANE PRZEZ PROCESY SELEKCYJNE. — OBECNY STAN BADAŃ. — WYNIKI OGÓLNE

KIERUNKI BIOMETRYCZNY I GENETYCZNY.

W badaniach nad dziedzicznością u człowieka zarysowują się bardzo wyraźnie dwa odmienne kierunki: biometryczny i genetyczny. Pierwszy jest starszy, zapoczątkowały go badania Calstona nad dziedzicznością wzrostu, wyniki których zostały podane po raz pierwszy w roku 1887. Drugi kierunek stał się aktualny nieomal dopiero w dwadzieścia lat później, gdy zajęto się wyjaśnianiem pytania, w jakim stopniu prawa Mendel'a stosują się i do człowieka. Teoretykiem i metodologiem szkoły biometrycznej jest K. Pearson, duszą zaś szkoły genetycznej w antropologji C. B. Davenport.

Istotę zasadniczego przeciwieństwa tych dwu kierunków stanowią nietyle odmienność stosowanych metod badania, jak różnica w poglądach na najbardziej podstawowe zagadnienia biologji ogólnej. Przeważna część przedstawicieli kierunku biometrycznego obstaje przy założeniu, że zmienność jest zjawiskiem ciągłem. A zatem stwierdzane różnice stanowią rezultat sumowania się zmian dziedzicznych, niezmiernie małych. Przyjmują oni przytem, że przyczynę zmian stanowią procesy selekcyjne. Są oni w zasadzie Darwinistami. Genetycy natomiast podkreślają fakty zmienności nieciągłej, kwestjonują wszechmoc doborów i kładą główny nacisk na składniki rasowe populacyj, zupełnie prawie nie uwzględniane przez kierunek biometryczny. Genetycy są oczywiście zdecydowanymi Mendelistami. Konsekwencję tego odmiennego ustosunkowania się do zjawiska zmienności stanowi wielokrotnie podnoszona hypertrofja matematyki w pracach kierunku biometrycznego, gdy w pracach genetyków zaznacza się tendencja do ograniczenia się jedynie do zwykłej kombinatoryki. W praktyce różnica polega na tem, że przy badaniach nad dziedzicznością dla biometry

punkt wyjścia stanowi tablica korelacji ujmująca podobieństwo, gdy genetyk opiera swe wnioski na tabelach genealogicznych, tylko w niezbyt licznych wypadkach pozwalających na bezsporną syntezę.

Zasadniczo niechętny stosunek genetyków do zdobyczy metodologicznych kierunku biometrycznego nie jest uzasadniony. Ich uwzględnienie i wyzyskanie stanowi jeden z zasadniczych warunków uporania się z temi trudnościami, przed któremi stanęły badania genetyczne antropologów. Nie chcąc rezygnować z badania nad dziedzicznością cech pomiarowych, nie można się ograniczać do podawania tabel genealogicznych. Przy tak powierzchownem postępowaniu nie jesteśmy nawet w stanie zdać sobie sprawę z tego, w jakim stopniu prawa Mendel'a wystarczają dla tłumaczenia postrzeganych faktów dziedziczności, i czemu przypisywać należy stwierdzane odchylenia, o które rozbijały się również i próby interpretacyj biometrycznych.

GŁÓWNE ETAPY W ROZWOJU BADAŃ.

Główne etapy w rozwoju badań antropologicznych nad dziedzicznością stanowiły: odkrycie prawa regresji przez Calston'a, ujęcie podobieństwa pomiędzy przodkami i potomkami współczynnikami podobieństwa, współczynnikami dziedziczności Pearson'a, stwierdzenie, że barwa oczu i cały szereg anomalij, tak morfologicznych jak i psychicznych, oraz właściwości serologiczne i patologiczne dziedziczą się według praw Mendel'a, wyjaśnienie, że prawo regresji Calston'a i wielkości, wpółczynniki dziedziczności Pearson'a, zdecydowanego przeciwnika Mendelizmu, stanowi konsekwencję rachunkową praw Mendel'a, przynajmniej gdy chodzi o podobieństwo rodzeństwa, oraz podobieństwo dzieci do rodziców. Przy badaniu podobieństw potomków dalszych pokoleń do ich odleglejszych przodków stwierdzamy bowiem większe współczynniki podobieństwa, aniżeli by tego na podstawie założeń Mendelizmu oczekiwać należało. Wyjaśnienie tej rozbieżności stanowi obecnie najbardziej aktualne zagadnienie badań antropologicznych nad dziedzicznością.

Dotychczasowy stan ostatnio poruszonego zagadnienia był przybliżenie następujący: Biometryczny kierunek, zajmując stanowisko negatywne w stosunku do praw Mendel'a, nie przypisywał tej rozbieżności szczególnej wagi i dążył do możliwie dokładnego opisu statystycznego zjawisk dziedziczności, nie troszcząc się zbytnio o ich interpretację biologiczną. Genetycy zajmując naogół negatywne stanowisko do biometrycznej „hypermatematyki“, nie zdawali sobie wogóle sprawy

z istnienia jakichkolwiek rozbieżności. Metody ich badań były, a nawet i są jeszcze teraz, zbyt mało precyzyjne, by istnienie rozbieżności tego rodzaju mogło powodować u nich powstawanie wątpliwości co do zasadniczych artykułów wiary, jak prawa Mendel'a.

TRUDNOŚCI BADANIA DZIEDZICZNOŚCI U CZŁOWIEKA.

Badania nad dziedzicznością u człowieka napotykają bardzo wielkie trudności. Przedewszystkiem niezmiernie tu trudno o materjał dotyczący drugiego pokolenia potomków, to jest wnuków zbadanych dziadków. Musimy się tu ograniczać do cech, co do których można przypuszczać, że nie zmieniają się one z wiekiem. Do tej kategorji należą przedewszystkiem anomalje morfologiczne, materjał tego rodzaju nie może być jednak dostatecznie liczny. Wskutek tego uwagę badaczy absorbowały przedewszystkiem spostrzeżenia nad dziedzicznością barwy oczu, co do której przypuszczano, że ustala się ona stosunkowo bardzo wcześnie. Obecnie wiemy jednak już, że tak niestety nie jest, i że i tutaj musimy się bardzo poważnie liczyć z komplikacjami spowodowanemi przez przebieg procesu ciemnienia z wiekiem. Jest przecież możliwe, że nadmierne podobieństwo pomiędzy dziadkami i wnukami, w przeciwieństwie do zupełnie odpowiadającego oczekiwaniu Mendelistycznemu podobieństwu pomiędzy rodzicami i dziećmi jest spowodowane przez to, że porównujemy starcze wyblakłe oczy dziadków z niedopigmentowanemi oczami ich wnuków. To oczywiście musi powodować statystyczne spowodowanie podobieństwa, tem znaczniejsze, im dokładniej była przeprowadzana rejestracja odcieni barwy oczu.

Drugą bardzo wielką trudność stanowi niemożność odgraniczenia zasięgów rozsiewów cech antropolog. odpowiadających poszczególnym elementom genotypowym. Bezsporne rozgraniczenia tego rodzaju były dotychczas możliwe jedynie dla anomalji morfologicznych; tam nie mieliśmy jednak do dyspozycji dostatecznie licznego materjału. Obecnie serologja dała nam tego rodzaju cechę do dyspozycji i z jej odpowiedniem wyzyskaniem łączą się nadzieje jaśnienia podkreślonej tu rozbieżności pomiędzy Mendelistycznem oczekiwaniem a wynikami obserwacyj. Przynależność do grup serologicznych nie jest bowiem skomplikowana przez zjawisko zmienności i nie zmienia się z wiekiem.

Pozostaje nam jednak jeszcze jedno źródło trudności i komplikacyj, od których nie jest wolne i badanie dziedziczności serologicznej. Nie wspominaliśmy o niem dotychczas, gdyż w porównaniu do poprzednio wymienionych ma ono podrzędniejsze znaczenie. Dokładne ujmo-

wanie podobieństwa jest możliwe jedynie wówczas, gdy mamy do czynienia z cechami pomiarowemi. Przy cechach jakościowych, a zatem i przy badaniu dziedziczności serologicznej, musimy się zatem uciekać do obliczeń pośrednich. Stosowany tu powszechnie wzór posiada tę właściwość, że potęguje stopień podobieństwa pomiędzy dziadkami i wnukami. Czy wyłącznie w tej właściwości stosowanego wzoru tkwi wyłączna przyczyna stwierdzanej rozbieżności pomiędzy postrzeganymi faktami a Mendelistycznem oczekiwaniem dotychczas wyjaśnione nie zostało. Jest to jednak możliwe, gdyż wzór ten nie ujmuje zniżki współczynnika dziedziczności spowodowanej przez zjawisko dominacji, tak dobrze uchwytnej przy badaniu cech pomiarowych.

KOMPLIKACJE SPOWODOWANE PRZEZ PROCESY SELEKCYJNE.

Jednakowoż nawet i wówczas, gdyby wyjaśnione zostało, że stwierdzona rozbieżność nie może być całkowicie złożona na karb zmian cech badanych z wiekiem oraz właściwości stosowanego miernika podobieństwa, nie wynikała by stąd jeszcze konieczność kwestjonowania praw Mendel'a, jako ujęcia postrzeganych faktów dziedziczności u człowieka. Możliwe jest przecież, że założenia, przy których wysnuwałem konsekwencje rachunkowe nie były realizowane przez warunki obserwacji.

W istocie były one wysnute przy założeniu, przedewszystkiem, że osobniki obiedwu płci kojarzą się zgodnie ze statystycznym przypadkiem, a zatem, że nie wchodzi tu zupełnie w rachubę zjawisko doboru płciowego; dalej, że najróżnorodniejsze kombinacje rodziców są jednakowo płodne, oraz że u osobników mieszanych poszczególne kombinacje różnych kategoryj gamet mają jednakowe szanse zapłodnienia, a zatem, że nie wchodzi tu w rachubę dobór genetyczny. Oczywiście z tej strony należy się liczyć z możliwością poważnych modyfikacyj współczynników dziedziczności. Zagadnienie to nie zostało dotychczas jeszcze należycie zbadane. Najkorzystniejsze warunki jego badania nastręcza oczywiście serologja ze względów już wyżej wymienionych.

Kończąc omawianie komplikacyj spowodowanych przez oddziaływanie procesów selekcyjnych należy ogólnie zaznaczyć, że dotychczasowe wyniki ich badań pozostawiają jeszcze bardzo dużo do życzenia. Nie ulega wątpliwości, że śmiertelność jest w bardzo znacznym stopniu uwarunkowana przez selekcję. Olbrzymie jej efekty są jednak w bardzo znacznym stopniu złudne, gdyż znaczną bardzo rolę

odegrywają tu różnice w długości życia stanowiące właściwości rasowe. Działanie doboru płciowego jest natomiast może i poważniejsze niż się przypuszcza, gdyż oddziaływanie tego czynnika w znacznym stopniu zostaje zatarte przez niezmiernie skomplikowaną strukturę antropologiczną i społeczną ludności. Co do doboru genetycznego nie można dotychczas sformułować żadnych określonych oczekiwań.

OBECNY STAN BADAŃ.

Obecne badania nad dziedzicznością u człowieka ześrodkowują się około wyjaśnienia w konkretnych wypadkach, o ile wchodzi w rachubę zjawisko dominacji. W zupełności to zagadnienie zostało wyjaśnione jedynie dla dziedzicznych badań serologicznych. Co do pozostałych cech, pomijając barwę oczu, stosunki układają się w sposób znacznie bardziej skomplikowany. Nie osiągnęto tam jeszcze orjentacji ogólnej. Naogół niema tam oczywiście mowy o tak prostych ustosunkowaniach, jak przy barwie oczu. Nie można naprzykład dla wskaźnika głównego oczekiwać tak prostego ustosunkowania, by formy bardziej krótkogłowe dominowały nad formami bardziej długogłowemi. Badania X. Dr. B. Rosińskiego stwierdziły naprzykład, że istnieją dwa składniki skrajnie krótkogłowe, z których jeden w przeciwieństwie do drugiego zachowuje się recesywnie w stosunku do pośredniogłowców bez wątpienia nordycznych blondynów niebieskookich. Wchodzimy tu zatem już do dziedziny badań stosunkowo bardzo szczegółowych. Dodam nawiasem, że wyniki te pozostają w zgodności ze zniżkami współczynników podobieństwa, oczekiwanemi jako konsekwencja dominacji stwierdzonej drogą obserwacji bezpośredniej.

Nawet przy posiadaniu ogólnego kryterjum, w postaci stopnia nachylenia linji regresji, pozwalającego na stwierdzenie, czy zjawisko dominacji co do pewnej cechy w danym zespole wogóle wchodzi w rachubę, ustalenie wzajemnego stosunku, zachodzącego pomiędzy poszczególnymi elementami genotypowymi przy krzyżowaniu nastręcza poważne trudności. Wyjaśnienia tych zagadnień w ogólnej ich postaci wskutek tego można oczekiwać dopiero przy zastosowaniu indywidualizujących metod statystycznych, co jednak stanowi sprawę przyszłości. Dopóki to nie nastąpi, nie może być mowy o zadawalniającem rozwikływaniu trudności nastręczanych przez poszczególne konkretne przypadki. Mam tu na myśli przedewszystkiem określenia właściwości populacji na podstawie znajomości jej składników i ich ustosunkowania ilościowego.

Tymczasem interpretacja Mendelistyczna posiada jeszcze w bardzo znacznym stopniu charakter rozwiązywania łamigłówek. Występuje to najjaskrawiej w spekulacjach uciekających się do koncepcji polimerji.

WYNIKI OGÓLNE.

Oczywiście zdecydowane Mendelistyczne stanowisko genetyków nie będzie budziło zastrzeżeń dopiero wówczas, gdy będą oni w stanie dać interpretację każdego konkretnego przypadku pozostającego w łączności z dziedzicznością. Ten stan jest jeszcze sprawą przyszłości. Tymczasem możemy jednak już stwierdzić, że poza jedną powyżej zaznaczoną rozbieżnością, dotyczącą nadmiernie wielkich współczynników dziedziczności u dalszych pokoleń potomków, co do której istnieje zresztą możliwość, że stanowi ona konsekwencję stosowanych metod badania, lub też nie uwzględnionych czynników ubocznych (dobory), badania biometryczne nie dostarczyły argumentów kwestjonujących poglądy genetyków. Co więcej najcenniejsze argumenty przemawiające na ich korzyść stanowią wyniki stosowania metod biometrycznych.

Przechodząc zagadnienia ogólności poszczególnych praw, to należy stwierdzić, że zupełnie powszechne jest jedynie prawo rozszczepiania. Zjawisko dominacji obserwujemy coprawda dość często.

Nie jest ono jednakowoż bynajmniej powszechne. Mamy tu przytem do czynienia z bardzo różnemi kombinacjami. Tak naprzykład przy dziedziczeniu kategoryj serologicznych dwie kategorje (A i B) dominują w stosunku do trzeciej (O), dając przy krzyżowaniu formę pośrednią (A B). Trzecie prawo Mendel'a natomiast, a mianowicie prawo niezależności cech nie posiada bodaj poważniejszego znaczenia, gdyż mimo ciągłego krzyżowania się składników ludności europejskiej od okresu paleolitycznego aż do doby obecnej mamy nietylko do czynienia ze składnikami reprezentującymi współcześie żyjące elementy rasowe, ale określanie systematyczne poszczególnych osobników nie nastręcza poważniejszych trudności przy zastosowaniu współczesnych metod statystycznych.

L'HÉRÉDITÉ CHEZ L'HOMME EXAMINÉE À LA LUEUR DE RECHERCHES ANTHROPOLOGIQUES

par

PROF. DR. JEAN CZEKANOWSKI (Léopole).

Nous pouvons distinguer dans les études sur l' hérédité chez l'homme deux courants différents: le courant biometrique et le courant génetique. Le premier remonte aux recherches de Galton en 1886, le deuxième se manifeste une vingtaine d'années plus tard, quand on commença à s'intéresser à nouveau aux lois de Mendel. Le premier s'efforce d'introduir dans les conceptions de Darwin la mécanique analytique, le deuxième, par contre, a recours avant tout aux mathématiques élémentaires.

Les principales étapes dans l'évolution des recherches sur l'hérédité chez l'homme peuvent être marquées comme suit:

1. La découverte par Galton de la loi de regression;
2. L'application par Pearson (1888) de coefficients comme mesure de ressemblance entre ascendants et descendants;
3. La confirmation des lois de Mendel chez l'homme par Davenport et Hurst (1907 et 1908);
4. La demonstration faite par Czekanovski (1921) que la loi de regression de Galton et les valeurs numériques des coefficients de Pearson se laissent déduire, par le calcul, des lois de Mendel.

C'est ainsi que cette controverse se termine par une victoire des adeptes du courant génétique. Ceux-ci cependant ne doivent pas negliger entièrement les méthodes de l'école biométrique, ceci en raison de l'utilité d'une analyse plus approfondie, rendue surtout nécessaire par les faits fort complexes de sélection.

Les recherches anthropologiques sur l'hérédité se concentrent actuellement sur l'étude de la portée de la loi de dominance (Frets, Rosiński).

Zakład Psychjatryczny w Palermo. Dyr. prof. Dr. Giovanni Dotto.

BADANIE DOŚWIADCZALNE NAD DZIAŁANIEM SKOPOLAMINY NA TONUS SYSTEMU NERWOWEGO WEGETATYWNEGO U POENCEFALITYKÓW[1])

napisał

DR. DOM. MARGUGLIO.

Dyskusja nad zagadnieniem powyższem trwała długo i doprowadziła do wniosków przeróżnych, niekiedy wręcz sprzecznych. Niniejsza praca nie ma pretensji do tytułu wyczerpania i rozwiązania problemu w zupełności, bo nawet w części nie zdołała wyświetlić tego, co nazwaćby można jednym (a nie ostatnim) z przejawów choroby w wielokształtnym obrazie syndromu poencefalitycznego.

Praca ta napisana za radą prof. G. Santangelo, opiera się na fakcie, że skopolamina (i preparaty analogiczne) sprowadza u większości poencefalityków (czasową coprawda i przemijającą, lecz niemniej) wyraźną poprawę, i wywołuje: poczucie polepszenia, złagodzenie sztywności, chęć do pracy, itd.; w innych jednak przypadkach skutek ten jest nikły, a u niektórych osób, zamiast ulgi w cierpieniu, obserwujemy pogorszenie się stanu (zawroty głowy, mydriasis, ckliwość, wymioty, etc.) tak dalece, że przerwanie stosowania leku okazuje się koniecznem.

Wychodząc z założenia, że skopolamina w różny sposób działa na system nerwowy wegatatywny i, że chorobowe zmiany anatomiczne u poencefalityków zachodzą najczęściej w ośrodkach tego systemu, tj. w jądrach podstawowych mózgu — badałem u kilku pacjentów, będących pod moją obserwacją, zachowanie się neurotonusu układu sympatycznego i parasympatycznego, celem stwierdzenia:

1) czy wszystkim syndromom t. zw. „poencefalitycznym" odpowiadają stałe obrazy zaburzeń funkcjonalnych;

2) czy różnice w symptomach, pojawiające się po stosowaniu skopolaminy, polegają na ewentualnych różnicach w zuburzeniach jednego albo drugiego pacjenta.

---

[1]) Praca oryginalna włoska, przysłana do wydrukowania w „Nowinach Psychjatrycznych"; streścił B. M.

Pomijam zaburzenia z układu nerwowego współczulnego w encephalitis epidemica, zaobserwowane przez różnych autorów, a ograniczam się do spostrzeżeń tych tylko autorów, którzy przeprowadzili w tej kwestji badania szczegółowe.

Podczas gdy Lhermitte, Claude, Guillain, Gardère i de Massary obserwowali objawy, wskazujące na drażliwość systemu sympatycznego, większość autorów napotkała na syndrom wegetatywny z wyraźną przewagę objawów wagotonicznych nad sympatykotonicznymi, jak: sztywność w związku z niechęcią do wysiłków mięśniowych, nadmierne pocenie się, łzawienie ,zaburzenia oddechowe, wzmożenie odruchu oczno - sercowego, drażliwość itd. (Claude, Depuis-Dutemps, Laignel-Lavastine, Litwak, Rossi, De Lisi, Gabbi, Marie i Lewy, Bériel, Negro, Francioni, Ponticaccia, Giradi, Porot, Salmon, Awstregesilo etc.)

De Lisi przypisuje objawy wagotoniczne podrażnieniu formacji mesencefalo-mostowo-opuszkowej, w której są rozsiane jądra, należące w znacznej mierze do systemu autonomicznego. Rossi, Pozzu, De Lisi i Campanacci zauważyli — podczas badań farmako-dynamicznych — w większości przypadków, prócz żywej reakcji na substancje, pobudzające system parasympatyczny (pilokarpina, fizostygmina), zbyt słabe oddziaływanie na substancje sympatykotoniczne (adrenalina, atropina); wobec tego autorzy ci zaznaczyli, że zakłócenie równowagi w tym względzie polega więcej na hypotonji nerwu sympatycznego aniżeli na hypertonji nerwu błędnego.

Marinesco sądzi, że sztywność typu parkinsonowskiego u poencefalityków związana jest ściśle ze stanem wagotonicznym, i powołuje się w kwestji patogenezy tego syndromu na uszkodzenia ośrodków parasympatycznych, znajdujących się w „globus pallidus“ i w „substantia nigra“.

Opinji tej przeciwstawia się Salmon i twierdzi, że przypuszczając nawet istnienie ośrodków parasympatycznych w okolicach wymienionych, nie moglibyśmy wytłumaczyć sobie, jakim sposobem zaburzenia owe, czy to natury infekcyjnej, czy też degeneratywnej, mogłyby wywołać stan hyperfunkcji oraz wagotonji.

Salmon sądzi, że zaobserwowane objawy wagotonji jako też symptomy hypotonji sympatycznej łatwiej zrozumieć, gdy się przyjmie za przyczynę tego zjawiska obrażenie ośrodków sympatycznych; autor powołuje się na fakt, że głębsze zmiany anatomiczne znajdujemy w ciele prążkowanem i w śródmózgowiu, gdzie — zdaniem większości fizjologów — mają swoje siedlisko ośrodki sympatyczne.

Dalej Salmon zaznacza, że hypertonja ośrodków mostowo - opuszkowych, w których znajdują się jądra nerwu błędnego, spowodowana jest stłumieniem podniet soczewkowatych oraz mesencefalitycznych, działających hamująco na niższe ośrodki toniczne; tak — tłumaczy autor — wytwarza się grunt podatny dla hypotonji sympatycznej oraz hypertonji parasympatycznej.

Uderza przedewszystkiem stałość i precyzyjność tych uszkodzeń anatomicznych w każdym przypadku. Zaznaczyć jednak wypada, że pomiędzy licznemi i rozmaitemi obrażeniami anatomo - patologicznemi w śpiączce letargicznej nie brak i ciężkich nawet uszkodzeń ośrodków opuszkowych: Jakob opisuje takie obrażenia w jądrach opuszkowych oraz w rogach przednich, zaobserwowane u pacjenta M. S. (zmiany kmórek nerwowych z równoczesnem pomnożeniem tkanki glejowej), a Lewy łączy zaburzenia wegetatywne, zachodzące w chorobie Parkinsona, (między innemi) ze stałemi zmianami w jądrach tylnych nerwu błędnego — przytaczając, jako dowód, dawniejsze spostrzeżenia analogiczne Borgherini'ego, Dorere'go i Dana.

Najświeższe, najściślejsze, oraz, mojem zdaniem, najobszerniejsze badania nad tonusem systemu nerwowego wegetatywnego u poencefalityków zawdzięczamy dr. Ferraro, który zbadał system wegetatywny 16-tu chorych o symptomatologji klinicznej bardzo zbliżonej do typu prawie że parkinsonowskiego Ferraro, robiąc doświadczenia farmako - dynamiczne za pomocą wstrzykiwania adrenaliny, atropiny i pilokarpiny, zauważył:

w 11-tu przypadkach: amfotonję, hypertonję dwóch systemów antagonistycznych, z tych 4 razy bez przeważania jednego systemu nad drugim, 5 razy bez przeważania tonusu parasympatycznego, a 2 razy bez przeważania tonusu sympatycznego;

w 5-ciu przypadkach: wagotonję (hypertonję parasympatyczną), z tych 2 razy równocześnie z hyposympatykotonją.

Podkreślić tu należy wyraźną przewagę stanu hypertonji obydwóch systemów wegetatywnych antagonistycznych, a więc t. zw. amfotonję.

Pojęcie amfotonji nie jest rozpowszechnione wśród badaczy, nie cieszy się tem uznaniem, na jakie w rzeczywistości zasługuje, nietylko ze wzgędu na niektóre reakcje wyraźnie paradoksalne, lecz szczególnie dlatego, że hypertonja obydwóch systemów antagonistycznych, regulujących funkcje przeróżnych organów życia wegetatywnego, jest często przyczyną naruszenia równowagi funkcjonalnej, jak i dlatego, że

jeden z systemów może mieć wyraźną przewagę w jednym narządzie, podczas gdy drugi może równocześnie przeważać w innym narządzie wzgl. innej okolicy (Danielopolu).

Pod wpływem badań dr. Ferraro nad amfohypertonją i amfohypotonją staraliśmy się poznać zachowanie się systemu wegetatywnego u 8-iu pacjentów, znajdujących się w naszym zakładzie.

Badając neurotonus, usiłowaliśmy przedewszystkiem zebrać u każdego chorego (o ile to było możliwe) dane pozytywne anamnestyczne (skłonność do tachykardji, do zaburzeń oddechowych, do hypersekrecji, do nadmiernej wrażliwości, etc).

Podczas badań zwracaliśmy szczególną uwagę na odruch oczno - sercowy, uważany za objaw bardzo ważny, ponieważ — według spostrzeżeń Petzetakisa — ucisk na gałki oczne pobudza równocześnie system sympatyczny jak i parasympatyczny, a jeżeli w warunkach normalnych objaw jest dodatni (+ 6, + 12), możemy ściśle określić normalną przewagę tonusu n. błędnego.

Pozatem uwzględnialiśmy inne odruchy, jak: objaw Erbena, pilomotoryczny, objaw źreniczny Loewego, dermografizm — badaliśmy czucie wewnętrzne i przeprowadzaliśmy najważniejsze próby farmakodynamiczne (atropiną, adrenaliną, pilokarpiną), stwierdzając stan neurotoniczny na podstawie dat, dostarczonych nam przez te sposoby badania.

Za podstawę naszych badań obraliśmy: zmiany pulsu, objaw oczno - sercowy, ciśnienie pojawiające się po zastrzyku jednego miligrama atropiny, a częściej występujące w przypadkach, w których trzeba koniecznie stłumić tonus n. błędnego wedle kryterjum dra. Danielopolu: „cyfra maksymalna przyśpieszenia, osiągnięta w położeniu poziomem, po zupełnem porażeniu n. błędnego, przedstawia tonus n. współczulnego; różnica między tą cyfrą a cyfrą, którą badany wykazywał przed zastrzykiem, przedstawia tonus n. błędnego".

Chwila, w której porażenie n. błędnego jest zupełne, zdradza się, zdaniem dra. Danielopolu, zanikiem objawu oczno - sercowego. Nie zawsze i nie w każdym przypadku doszliśmy do tego rezultatu; ze względu na cel naszych poszukiwań ograniczyliśmy się do tych badań, które wydawały nam się wystarczającemi do poznania stanu neurotonicznego.

Uwolniwszy więc n. współczulny od wpływów jego antagonisty za pomocą atropiny, zarejestrowaliśmy ten szczegół, mając na uwadze spostrzeżenia dra. Escudero; według jego zdania pomnożenie

się tętna jest normalnem aż do 10. uderzeń. Escudero podaje pozatem, jako wskaźnik wagotonji, wzmożenie silniejsze (10 — 40 uderzeń) — jako przedłużony czas trwania bradykardji początkowej, po której następuje tachykardja, a jako wskaźnik hyposympatykotonji podaje brak przyśpieszenia tętna.

Injekcje podskórne jednego miligrama adrenaliny pozwoliły nam uzupełnić badania nad pobudliwością n. współczulnego.

Tam, gdzie nie można było tymi zabiegami stwierdzić stanu neurotonicznego, stosowaliśmy zastrzyki pilokarpiny (1 cgr.) jako środka pobudzającego system parasympatyczny.

Stosowanie sposobu farmakologicznego, pozwalającego sparaliżować n. współczulny, posłużyłoby z pewnością do uzupełnienia tej metody badania. Hystamina jednak, która działa w tym kierunku, do dziś dnia nie jest w użytku.

Zgodnie z wytkniętym celem naszych badań zastrzykiwaliśmy w każdym przypadku skopolaminę, ze względu na jej wpływ na symptomatologję tak podmiotową, jak przedmiotową.

Dla braku miejsca podajemy tu jedynie krótki wyciąg z każdej historji choroby oraz z wyników osiągniętych w toku badań; [1]) cechy charakterystyczne wagatonji są, według naszych spostrzeżeń, następujące:

Dermographismus, miosis, salivatio, hyperhydrosis, vomitus, enophthalmus, bradicardia, nierówny oddech, słabe ciśnienie arteryjne, dodatni (+) objaw oczno - sercowy, reakcja Erben'a, oddziaływanie na atropinę oraz na pilokarpinę.

Znamiona sympatykotonji są następujące: Mydriasis, suchość w ustach, wytrzeszcz, tachykardja, nadmierne napięcie wzgl. zwężenie naczyń, ujemny objaw oczno-sercowy, objaw Loewy'ego, objaw pilomotoryczny, oddziaływanie na adrenalinę.

1.

S. A., mężczyzna, lat 25, z Comitini.

Encephalitis acuta od 1920 r. Od tego czasu pacjent cierpi na (stopniowo wzmagającą się): senność, zmęczenie, sztywność, bradykinezę, bradylalję.

Brak drżenia; nierówność źrenic; źrenice reagują opieszale.

Tętno 78 — oddech 18 — ciśnienie arteryjne 105.

[1]) Nie podaliśmy w całości szczegółów badań i analitycznych tablic przeprowadzonych eksperymentów, ponieważ stosowaliśmy metodę i zasadę dra Ferraro (O. C.) do którego odsyłamy czytelnika.

Objaw oczno-sercowy (—12) — objaw Erben'a (— 10).
Dermografizm czerwony — opóźniony.
Brak objawu pilomotorycznego.

Po zastrzyknięciu jednego miligrama atropiny:
reakcja maksymalna — po 20-tu minutach. Tętno 82 — oddech 20 — ciśnienie 112. Objaw oczno-sercowy (—6) — objaw Erben'a (— 8). Źrenice niezmienione — suchość w ustach.

Po zastrzyknięciu jednego miligrama adrenaliny:
Akcja maksymalna — po 25-ciu minutach. Tętno 79—85 — oddech 21 — ciśnienie 100—110. Objaw oczno-sercowy: od (—12) do (— 15). Objaw Erbena (— 12). Mydriasis.

Wynik: *amfotonja.*

Zupełnie wyraźne polepszenie stanu sztywności po zastrzyknięciu pół miligrama skopolaminy.

2.

P. A., mężczyzna, lat 24, z Montelepre.

Encephalitis od listopada 1920 r.

Po upływie (mniejwięcej roku: sztywność, bezczynność ruchowa, brak pobudliwości wzruszeniowej, bezsenność. Ogólna sztywność z objawami katatonoidalnymi, mydriasis, nierówność źrenic, brak drżenia.

Tętno 65. Oddech 18. Ciśnienie art. 100. Objaw oczno-sercowy (— 21). Objaw Erben'a (—13). Objawu pilomotorycznego niema. Dermografizm czerwony — opóźniony.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. atropiny:
reakcja maksymalna — po 30-tu minutach. Tętno 80. Oddech 20. Ciśnienie 115. Objaw oczno-sercowy (— 6). Nieznaczna suchość w ustach.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. adrenaliny:
reakcja maksymalna — po 30-tu minutach (trwa do 60-ciu). Tętno 64—75. Ciśnienie 100—105. Objaw oczno-sercowy — od (— 20) do (— 15). Oddach 20.

Wynik: Amfotonja (wagotonja i lekka sympatykotonja).

Działanie skopolaminy: polepszenie stanu, polegające na złagodzeniu objawów, jak — sztywność, bradykineza, bezruch; po zastrzyknięciu dawek większych (3-ci stopień preparatu antiscler.) występują zaburzenia w postaci ckliwości, zawrotów głowy, mydriasis.

3.

G. R., kobieta, lat 45, z Montemaggiore.

Encephalitis epidemica od 1920 r.

Zaburzenia ogólne, przypisywane wyczerpaniu nerwowemu. Po upływie paru miesięcy: hypertonja, drżenie w kończynach górnych, sztywność, wzmożone wydzielanie śliny, mydriasis.

Tętno 80. Oddech 19. Ciśnienie 105. Objaw oczno-sercowy (— 20). Objaw Erben'a (— 15). Dermografizm czerwony. Brak objawu pilomotorycznego.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. atropiny:

po upływie 20-tu minut: tętno 90, ciśnienie 110. Objaw oczno-sercowy (— 15). Objaw Erben'a (— 8). Suchość w gardle.

Po zastrzyknięciu 1 mgr. adrenaliny:

po upływie 20-tu minut: tętno 85—95. Ciśnienie 105—115. Objaw oczno-sercowy (od —15 do —10). Objaw Erben'a (—6).

Wynik: amfotonja (z przeważaniem wagotonji).

Działanie skopolaminy:

czasowe ustąpienie drżenia i bezruchu, lekkie złagodzenie sztywności.

4.

C. M., mężczyzna, lat 41, z Palermo.

Encephalitis od 1919 r. Silne zaburzenia psychiczne, po których pojawiają się: niechęć do pracy, hyperhydrosis, maskowatość twarzy, pochylenie tułowia, drżenie. Ospałość we dnie, bezsenność i niepokój w nocy.

Tętno 70. Oddech 22. Ciśnienie 100. Objaw oczno-sercowy (—30). Objaw Erben'a (—20). Dermografizm. Brak objawu pilomotorycznego. Miosis.

Po zastrzyknięciu atropiny:

po upływie 20-tu minut: tętno 85. Ciśnienie 115. Objaw oczno-sercowy (—20). Objaw Erben'a (—15). Mydriasis. Umiarkowana suchość w gardle.

Po zastrzyknięciu adrenaliny:

po upływie 20-tu minut: tętno 68—75. Ciśnienie 105—112. Objaw oczno-sercowy (od —30 do —20). Objaw Erben'a (—15). Mydriasis.

Wynik: wagotonja. Złagodzenie drżenia po zastrzyku skopolaminy lub podobnych preparatów. Żadnego złagodzenia innych objawów; żadnych zaburzeń.

5.

Ł. S., mężczyzna, lat 21, z Castronovo.

Encephalitis lethargica w 1920 r. Po upływie kilku miesięcy: sztywność ogólna, drżenie w stawach lewych, impulsywność, niechęć do pracy. Postawa i chód typu parkinsonowskiego. Odruch źreniczny opieszały. Tętno 70. Oddech 20. Ciśnienie 100. Objaw oczno-sercowy (—25). Objaw Erben'a (—15).Dermografizm czerwony, opóźniony. Brak objawu pilomotorycznego.

Po zastrzyku atropiny:

po upływie 30-tu minut: tętno 85, oddech 30, ciśnienie 115. Objaw oczno-sercowy (—10). Objaw Erben'a (—0). Mydriasis.

Po zastrzyku adrenaliny:

po upływie 30-tu minut: tętno 72—80, ciśnienie 100—105. Objaw oczno - sercowy (—15). Objaw Erben'a (—10). Mydriasis. Niema uczucia zimna ani niedokrwienia w miejscu, w którem dokonano nakłucia.

Wynik: wagotonja. Zastrzyki skopolaminy (½wzgl. ¼ mgr.) sprowadzają coprawda pewne złagodzenie drżenia oraz sztywność, lecz powodują zarazem tak silne delegliwości subjektywne, że pacjent opiera się dalszemu badaniu.

6.

R. E., mężczyzna, lat 20, z Geraci.

Encephalitis epidemica od 1920 r., która powoduje hypertonję ogólną, drżenie ogólne i postawę wybitnie parkinsonowską. Bradykineza oraz kinezy paradoksalne. Niechęć do pracy. Tętno 76, oddech 22, ciśnienie 105. Objaw oczno-sercowy (—20). Objaw Erben'a (—5). Miosis oraz ślinotok niezmieniony. Zastrzyk adrenaliny nie wywołuje prawie żadnej reakcji.

Po zastrzyku pilokarpiny (1 cgr.):

po upływie 30-tu minut: tętno 78—72, ciśnienie niezmienione, objaw oczno-sercowy (—25). Miosis bez zmiany. Obfite poty.

Wynik: stan wagotoniczny z powodu hyposympatykotonji. Czasowy zanik wszelkich zaburzeń, poczucie zdrowia po zastrzyku skopolaminy (½mgr.)

7.

M. F., mężczyzna, lat 27. z Castelbuono.

Encephalitis w 1919 r. (trwała 45 dni). U chorego rozwijało się stopniowo poczucie ogólnej słabości i bezsenność; podczas badania

stwierdzono: lekką niechęć do pracy, hyperhydrosis, wybitny dermografizm czerwony, sztywność ogólną, wyraźniejszą po stronie prawej, bradykinezę, bradylalję. Źrenice normalne; drżenia nie było. Tętno 70, oddech 16, ciśnienie 110. Objaw oczno-sercowy (—6), objaw Erben'a (—4). Brak objawu pilomotorycznego. Reakcja Loewy'ego ujemna.

Zastrzyk atropiny (1 mgr.) powoduje:

po upływie 60-ciu minut: tętno 60, ciśnienie 100. Objaw oczno-sercowy = 0. Niema uczucia suchości w gardle. Po upływie 75-ciu minut: tętno 73, ciśnienie 115, objaw oczno-sercowy (—4).

Powtarza się zastrzyk po upływie 48-miu godzin (2 mgr.):

już po upływie 75-ciu minut występują następujące objawy: tętno 72—82, ciśnienie 108—115. Objaw oczno-sercowy = 0. Stan ten trwa do 90-ciu minut; poczem wraca stan normalny.

Zatrzyk adrenaliny:

po upływie 30-tu minut: tętno 72—75, ciśnienie 115. Objaw oczno - sercowy (—4). Objaw Erben'a (—0). Mydriasis. Pacjent skarży się na uczucie zimna. W miejscu nakłucia niema niedokrwienia. Reakcja Loewy'ego ujemna.

Zastrzyk pilokarpiny (1 cgr.).:

Niema prawie żadnej reakcji. Zrenice bez zmian. Umiarkowane poty.

Wynik: wyraźna hyposympatykotonja, lekka hypowagotonja.

Po zastrzyku skopolaminy: lekkie i przemijające złagodzenie sztywności. Pacjent nie skarży się na żadne dolegliwości.

8.

B. C., chłopiec, lat 15, z Palermo.

Encephalitis w 1921 r. Ogólna sztywność z myoklonją, wybitna niechęć do pracy. Bardzo ciężka hypertonja — tułów pochylony. Drżenia niema. Pod względem psychicznym: zupełna ociężałość, kinezje paradoksalne. Zrenice rozszerzone, nieruchome. Tętno 100. Oddech 20 (powierzchowny). Ciśnienie 120. Objaw oczno-sercowy (+4). Objaw Erben'a = 0. Objaw pilomotoryczny pozytywny. Dermografizm, zaczerwienianie się powolne.

Zastrzyk atropiny (1 mgr.):

po upływie 5-ciu minut: tętno 110. Ciśnienie 125. Objaw oczno-sercowy (+6). Reakcja Loewy'ego: dodatnia. Ze względu na stan ciężki pacjenta ograniczono badanie do powyższych zabiegów; zastrzyku adrenaliny nie stosowano.

Wynik: sympatykotonja. Zastrzyk antiscler spowodował *dawniej* nieznaczne złagodzenie sztywności i niechęci do ruchów, ale wywołał również lekkie dolegliwości podmiotowe. Zastrzyk skopolaminy (½ mgr.) *obecnie* nie miał już żadnego wpływu na wyżej wymienione objawy, natomiast wywołał zawroty i bóle głowy, suchość w gardle, uczucie ogólnego znużenia.

Mamy więc:

trzy przypadki amfotonji (hypertonję obu systemów, z tych dwa z przewagą tonusu parasympatycznego);

jeden przypadek zmniejszonej pobudliwości obu systemów (natury ośrodkowej lub obwodowej?);

dwa przypadki parasympatykotonji;

jeden przypadek hyposympatykotonji z przewagą tonusu parasympatycznego;

jeden przypadek wyraźnej sympatykotonji.

Jak widzimy, opisane powyżej przypadki (8) wystarczają w zupełności, aby udowodnić w pierwszym rzędzie brak zaburzeń trwałych, typowych w wegetatywnym systemie nerwowym u przedstawionych wyżej poencefalityków. Naszem zdaniem nietrudno wytłumaczyć rozmaitość wyników badań polimorfizmem w zmianach patologiczno - anatomicznych, stwierdzonych przez różnych autorów.

Polimorfizm ten jest znaczny, jeżeli zważymy, że obok obrażeń destruktywnych oraz degeneratywnych (szczególnie w „globus pallidus" i w „locus niger"), zauważono zmiany typu zapalnego i reakcyjnego w całej osi mózgowordzeniowej, jak również i w niektórych trzewiach.

Sądzimy, że podobnej rozmaitości zmian anatomicznych nie może odpowiadać typ jednolity zaburzeń funkcjonalnych.

Wyraźny wpływ na zachowanie się wegetatywnego systemu nerwowego wywiera również pierwotna konstytucja morfologiczna danego osobnika oraz względne odmiany somatyczne i wegetatywne.

Schlesinger zauważył, że zapaleniu mózgu ulegają w znacznej mierze mężczyźni silni i sądzi, że choroba czepia się naogół pewnych typów. Stern i Grote jednak doszli, w toku odnośnych badań, do wniosku, że niema żadnych znamion morfologicznych ani też anomalij funkcjonalnych, któreby wskazywały na predyspozycję chorobliwą. Wymienieni autorzy porównują — w cyfrach poniżej zestawionych — odsetki różnych typów morfologicznych (według klasyfikacji Kretschmera), znajdujących się wśród przypadków zapalenia mózgu z odset-

kami osobników, chorujących na inne neuropatje oraz „cierpienia“, mające mało albo nie mające nic wspólnego z systemem nerwowym.

na	Leptosomatici	atletici	picnici	displastici
100 encef.	33	34	31	2
100 neurop	37	33	22	8
100 wolnych od chorób nerwowych	39	35	24	2

Z tablicy powyższej wynika, że najróżnorodniejsze typy morfologiczno-wegetatywne mogą zapaść na zapalenie mózgu. Wobec tego należy podkreślić, że konstytucja somatyczna u poencefalityków nie warunkuje trwałej przewagi jednego systemu wegetatywnego nad drugim.

Inny ważny bardzo przyczynek do studjum nad tonusem systemu wegetatywnego mogą dać zmiany anatomiczne i funkcjonalne gruczołów „endokrynnych“, objętych również procesem zapalnym, czy to w przypadku zachorzenia każdego gruczołu z osobna, czy też w przypadkach zaburzeń funkcjonalnych pluriglandularnych.

Myśl nasza zwraca się ku przysadce mózgowej, stojącej w tak ścisłym związku z ośrodkami wegetatywnymi śródmózgowia, że procesy chorobowe, przysadki mogą również wywołać zaburzenia w śródmózgowiu i naodwrót, (wedle Blüchera, drogą połączeń anatomicznych albo też funkcjonalnych, wskutek akcji biochemicznej wydzielin z przysadki). Zmiany chorobowe w przysadce u poencefalityków zauważyli liczni autorzy (Lhermitte, Tucker, Guizetti, Luzzatti, Ricci, etc); zmianom tym Salmon przypisuje część patogenezy hypotonji n. współczulnego oraz bradykinezy. Zespół objawów przysadkowych (adiposo-genitalis cum glycosuria et poliuria), ze zmianami chorobowemi systemu wegetatywnego podczas zapalenia mózgu, stwierdzili: Maige, Marnon, Brock i Koy, Grunewald, Stieffler, Bertoloni, Sargo, Santonelli, De Lisi.

Niedawno temu Santangelo, opisując dwa ciekawe przypadki, zaznaczył, że proces infekcyjny, doprowadzający do mniej lub więcej ciężkiej atrofji przysadki, może unicestwić albo zmniejszyć albo wogóle zmienić w jakibądź sposób funkcję gruczołu; rozmaitość kliniczną zaobserwowanych syndromów autor tłumaczy przedewszystkiem zaburzeniami w ustosunkowaniu się przysadki do ośrodków wegetatywnych — spowodowanemi zachorzeniem tych ośrodków wzgl. przysadki.

Nadnercze współdziała zawsze (czy to anatomicznie, czy też funkcjonalnie) w każdym procesie zapalnym, ostrym czy chronicznym, i t.

zw. stan poencefalityczny należałoby uważać jako skutek stałego krążenia zarazka w orgniźmie; faktem jest jednak, że uszkodzenia nadnercza spostrzegli: Monti (przekrwienie substancji rdzeniowej), Marinesco i Rizzi (procesy typu zapalnego) oraz De Lisi (zmiany natury zwyrodnieniowej).

I ten więc czynnik, (wspólnie z zacytowanymi poprzednio) wpływający w rozmaity sposób na wegetatywny system nerwowy, zależnie od istoty, czasu i trwania i charakteru procesu chorobowego — tłumaczy ową wielorakość objawów, którą zaobserwowaliśmy w zachowaniu się tonusu.

Nasuwa się teraz pytanie: czy tym tak rozmaitym warunkom funkcjonalnym neurotonusu odpowiadają owe poważne różnice w działaniu skopolaminy? Z pewnością elektywny wpływ skopolaminy na ośrodki, a bardziej jeszcze na zakończenia systemu wegetatywnego, powinien w znacznej mierze poprawić albo też pogorszyć(w razie przewagi parasympatycznej wzgl. sympatycznej) i to nieraz w stopniu bardzo wysokim symptomatologję i cenestezję ogólną pacjenta; znaleźlimy na to niezbite dowody w toku naszych badań, (porównaj obserw. I., III., IV., VI., VIII.) Zauważyliśmy jeszcze — w ciągu tych badań — drugą rzecz: mianowicie w wyżej wymienionych przypadkach, oraz w innych już dawniej badanych następowało: trwałe polepszenie stanu z powodu ustąpienia wzgl. złagodzenia sztywności, a częściowo i drżenia, na skutek (minimalnych nawet) dawek skopolaminy, i to *zupełnie niezależnie od zachowania się tonusu systemu wegetatywnego.*

Fakt ten nie potwierdzałby więc hypotezy dra. Marinesco, według której skopolamina działa deprymująco na system parasympatyczny oraz podniecająco na system sympatyczny, wobec czego sztywność byłaby związana ściśle ze stanem wagotonicznym. W takim razie bowiem skopolamina (zalecana przez drów. Barré i Reyes do stosowania po ustąpieniu zapalenia mózgu) działałaby w kierunku podwójnym: na ośrodki podkorowe n. współczulnego, uważanego za regulatora napięcia mięśniowego, oraz na korę mózgową — zmniejszając pobudliwość ośrodków motorycznych.

Nie chcemy (w przypadkach, gdzie taki stan wagotonji istnieje) przeczyć, że skopolamina działa w tym właśnie kierunku; ażeby jednak wytłumaczyć wpływ jej na sztywność tam nawet, gdzie przewagi parasympatycznej niema, przytaczamy hypotezę dr. Negro, według której sztywność mięśni jest wyrazem nietylko hypertonji mięśnio-włókienkowej, wynikającej z zachorzenia systemu mózgordzeniowego, lecz i wyrazem hypertonji sarkoplasmatycznej, spowodowanej uszko-

dzeniem systemu pallido-nigro-hypotalamicznego, tego regulatora tonusu sarkoplasmatycznego.

Do naszej opinji najbardziej zbliża się koncepcja Frank'a, który uważa sztywność za bezpośredni wyraz zachorzenia sarkoplazmy, i który, osiągnąwszy po wśródmięśniowych zastrzykach nowokainy polepszenie się stanu chorobowego, przyznaje skopolaminie tę samą właściwość paraliżowania sarkoplazmy, którą stwierdził także Sammartino.

WNIOSKI.

I. Tonus wegetatywnego systemu nerwowego u poencefalityków nie wykazuje zaburzeń trwałych, mimo że w większości przypadków stwierdzamy przewagę systemu parasympatycznego nad sympatycznym (częściej wskutek sparaliżowania tegoż ostatniego aniżeli wskutek podrażnienia pierwszego).

II. Ta rozmaitość zaburzeń stoi w związku z polimorfizmem uszkodzeń anatomicznych. W zapaleniu mózgu poszczególne typy somatyczne nie odgrywają roli; natomiast zmiany (anatomiczne wzgl. funkcjonalne) rozmaitych gruczołów wewnątrz-wydzielczych wywierają wpływ na system wegetatywny.

III. Działanie skopolaminy na symptomatologię poencefalityczną w sensie modyfikowania objawów tłumaczy się nietylko wpływem, jaki wywiera na tonus systemu parasympatycznego, lecz i — co do hypertonji — wpływem bezpośrednim na sarkoplazmę mięśniową, której uszkodzenie jest (naszem zdaniem) jedną z głównych przyczyn sztywności.

BIBLJOGRAFJA.

FERRARO: Il tono del sistema nervoso vegetativo nei cosi detti postumi dell'encefalite epidemica — Archivio di Patologia e Clinica medica, 1924.

SALMON: Sur le mécanisme pathogenique du syndrome parkinsonien post-encéphalitique — Revue Neurologique, 1924.

DE GIACOMO: Riforma medica 1925.

DE LISI e BUSINCO: Rivista di patologia nervosa e mentale 1925.

DE MASSARY: Thèse de Paris 1924.

JAKOB: Springer — Berlin 1923.

LEWY: Lewandowsky, Handbuch der Neurologie, Bd. 3, 1912.

id. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 50, 1913.

id. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 68, 1921.

PENDE: Debolezze di costituzione — Collezione Bardi 1922.

SANTANGELO: Il Cervello 1923.

id. Il Cervello 1925.

id. Il Medico Italiano all'Estero 1925.

STERN & GROTE: Archiv für Psychiatrie 75 2/3.

Hôpital Psychiatrique à Palermo.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE L'ACTION DE LA SCOPOLAMINE SUR LE TONUS NEURO-VÉGÉTATIF CHEZ LES POSTENCÉPHALITIQUES

par le

DR. D. MARGUGLIO.

En partant de la circonstance que la scopolamine agit d' une façon variable sur le système neuro - végétatif et que, d' autre part, des lésions anatomiques ont été constatées chez les postencéphalitiques dans les centres de ce système, c'est à dire dans les noyaux centraux, l'auteur a étudié chez huit postencéphalitiques le tonus des systèmes sympathique et parasympathique, afin de voir:

1) si des troubles fonctionnels correspondent, d' une façon constante, à tous les symptômes postencéphalitiques,

2) si les différences constatées après l'application de la scopolamine, correspondent à des différences existant dans le tableau clinique de divers malades;

L' auteur aboutit aux conclusions suivantes:

1) les postencéphalitiques ne présentent pas de troubles absolument constants du système neuro — végétatif; dans la majorité des cas toutefois on trouve une prédominance du système parasympathique sur le système sympathique;

2) cette variété de troubles est en rapport avec le polimorphisme des modifications anatomiques. Dans la pathogénie de l'encéphalite épidémique le type somatique du sujet ne joue aucun rôle. Par contre, les modifications, soit anatomiques, soit fonctionnelles, dans les glandes endocrines exercent une influence sur le système végétatif;

3) L' action de la scopolamine sur les symptômes postencéphalitiques, dans le sens d' une modification de ces symptômes, repose non pas uniquement sur l'action exercée par la scopolamine sur le tonus parasympathique, mais encore, en ce qui concerne l' hypertonie, sur une action directe sur le sarcoplasme musculaire, dont l' altération est une des causes principales de la rigidité.

KILKA SŁÓW O FILOGENETYCZNYM ROZWOJU MÓŻDŻKU I JEGO FUNKCJI*)

DR. EUGENIUSZ BRZEZICKI (Kraków).

Ponieważ Rijnberk w ostatnich swoich pracach nad móżdżkiem, zakrojonych na wielką skalę, odmawia móżdżkowi własności utrzymywania organizmu w równowadze i tak samo jak Goldstein przychodzi do wniosku, że móżdżku nie należy uważać ani za centrum koodynujące, ani nawet za organ taki, w którym się znajdują centra kierunkowe Bárány'ego, a tylko głównie za aparat tonizujący, co podnosi ostatnio do pewnego stopnia i Bremer, przeto wartoby się zastanowić o ile ci autorowie mają rację pod tym względem. Dowodzenia swoje opierają oni na doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, u których system cerebellarny był sztucznie uszkodzony. Dowodzenia jednak Rijnberka musiały wielu zadziwić, ponieważ móżdżek jako jeden z najstarszych tworów systemu centralnego, występuje filogenetycznie, równocześnie i równorzędnie ze systemem paleokinetycznym, a zdaniem wielu działa w ten sposób, że zaokrągla ruchy, przez dodanie komponenty synergetycznej, koordynującej i utrzymującej ustrój w fizjologicznej równowadze. Warto się zatem zaznajomić także z ostatniemi badaniami i innych autorów np. Tilney'a, Ariens- Kappers'a, Bolka i innych broniących przeciwnego zdania, jak Rijnberk.

Jak ze wszystkich dotychczasowych badań wynika, móżdżek jest jeszcze dla nas na pół zamkniętą księgą; ponieważ jednak stoi on w bardzo ścisłym związku z jądrami podkorowemi, czyli z I.-szym systemem pozapiramidowym, a od czasów badań Jakoba pewne jego odcinki zaliczyć możemy do tzw. II.-giego systemu pozapiramidowego, przeto móżdżek przedstawia tak dla anatomów, jak i dla klinicystów bardzo interesujący choć zawiły problem. Zdaje się, że anatomia porównawcza powinna właśnie być kluczem do tej nierozwiązanej jeszcze zagadki.

Oczywiście że pierwsze zaczątki właściwego móżdżku ukazują się dopiero u najniższych kręgowców, a mianowicie u minoga (petromyzon) z rzędu smoczkoustnych, (cyclostoma) kręgowca, stojącego

*) Skrót odczytu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Neurologicznem — 1. 4. 1926 r.

tylko o jeden stopień wyżej od najprymitywniejszego, właściwie bezmózgowego amphioxus lanceolatus. Zauważono jednak, że i u bezkręgowych, a więc owadów, mięczaków itd. musi się oczywiście znajdować jakiś homologiczny organ z móżdżkiem. Znany badacz amerykański Patten w swojem dużem porównawczem dziele „The evolution of the vertebrate and their kin" zwrócił uwagę na to, że np. latające owady wzlatujące i osiadające na kwiatach muszą mieć bajecznie zróżniczkowany i skonstruowany organ równowagi. To samo musimy powiedzieć o pływających bezkręgowych np. rakach i owadach wodnych. Niszcząc lub uszkadzając u tych bezkręgowych np. u dużego kraba „Limulus polyphemus" pewną okolicę zwojów przygłowowych wywoływał Patten stale zaburzenia równowagi. Po zniszczeniu po obu stronach tzw. neuromeru wagalnego, krab taki położony w wodzie na grzbiet, nie umie i nie może wrócić już do pozycji normalnej. Jeśli ten eksperyment wykona się tylko po jednej stronie, to zauważy się, że krab taki godzinami całemi kręci się w kółko w stronę operowaną. Każdy kto czytał znakomitą anatomię porównawczą Edingera, przypomni sobie, że ta sama operacja udawała się także Edingerowi przez uszkodzenie tzw. po niemiecku Schlundganglion. Nie dawno temu opisano przypadek tumoru mózgu u mrówki, która wykazywała zaburzenia równowagi, zaburzenia orjentacji w przestrzeni i anosmię. Patten idzie tak daleko(że już u pajęczaków (arachnidów) przypuszcza ten sam 4-ro pęcherzykowy podział mózgu, jaki mamy u kręgowców. Czwarty pęcherzyk uważa za równoznaczny z metencephalon i nazywa go „vagal organ". Tilney z Nowego Jorku nie zgadza się jednak z tym poglądem, twierdząc, że już u najniższych kręgowców, a mianowicie u smoczkoustych spotykamy się — w świetle badań embryogenetycznych — z bilateralnym zawiązkiem móżdżku, czego bezwzględnie niema u pajęczaków. U pajęczaków bowiem „ganglion stomodeale" przypuszczalne homologon móżdżku powstaje z pojedyńczego zawiązku.

Ostatnio Tilney bardzo intenzywnie pracuje nad rozwiązaniem różnych anatomo-porównawczych zagadnień, jakie przedstawia nam móżdżek kręgowców, ponieważ jednak zdanie jego różni się nieco od ogólnie u nas przyjętych koncepcji Edingera i Ariens-Kappersa, więc pozwolę sobie kilka słów o tem powiedzieć.

Najpierw jednak dla wykończenia całości obrazu, chciałbym poruszyć ciekawe zjawisko, a mianowicie to, że u najwyższych bezkręgowych np. członkonogich (arthropodów) przewód pokarmowy znajduje się *ponad* wentralnie położonym systemem nerwowym, i że homo-

logcn mózgu otacza przełyk, gdy tymczasem u kręgowców obraz mamy wprost odwrotny czyli, że przewód pokarmowy leży *popod* dorsalnie położonym systemem nerwowym. Nasuwa się zatem pytanie, jak doszło w ciągu filogenetycznego rozwoju do tego stanu. Ponieważ niestety badania nad zwierzętami kopalnianemi (nawet ostracodermami, które tworzą jakoby pomost między arthropodami a kręgowcami) nie dało nam odpowiedzi, musiano dowody zastąpić przypuszczeniami. Nie podnosząc tu teorji Batesona, który przypuszcza, że od początku istnienia stworzeń, spotykamy takie dwa odrębne rodzaje zwierząt, przejdźmy do starej teorji St. Hilaire'a. Przypuszcza on, że z różnych przyczyn pewne bezkręgowce zmuszone były do pływania na grzbiecie i w ten sposób w ciągu wieków przyszło do zmiany położenia. Niedawno Gaskell wysunął teorję, że stopniowo żołądek został tak silnie infiltrowany przez komórki nerwowe, pochodzące ze zwojów około przełykowych, że w końcu sam zamienił się w pęcherzyk nerwowy, późniejszy zawiązek mózgu. W taki sam sposób przewód pokarmowy zamienił się powoli w późniejszy rdzeń. Ponieważ np. u embrjona ludzkiego infundibulum przechodzi z okolicy jamy ustnej do III-ciej komory, a ten przewód wyłożony nabłonkiem ma być właśnie szczątkiem dawnego przełyku, przeto ten fakt ma według Gaskella najlepiej uwidaczniać prawdziwość jego hipotezy. Teorja ta jednak nie odpowie nam na pytanie, skąd się bierze nowy przewód pokarmowy. Może najprawdopodobniejszą jest zatem teorja Pattena. Jest on zdania, że mózg u członkonogich żadną miarą nie mógł się rozwijać, gdyż musiałby zacieśnić i zwęzić przełyk, coby doprowadziło w końcu do śmierci głodowej zwierzęcia. Musiał się zatem utworzyć nowy otwór ustny na dorsalnej stronie bezkręgowca, następnie przyszło do odwrócenia się zwierzęcia tak, że to co było dawniej grzbietową stroną zmieniło się na brzuszną stronę.

Ponieważ nowa brzuszna strona z przewodem pokarmowym, wypełnionym gazami była oczywiście lżejszą od strony grzbietowej, przeto musiał się zjawić nowy organ, utrzymujący część brzuszną w dole, czyli utrzymujący stworzenie w pozycji równowagi fizjologicznej. Ten organ nazywamy ogólnie cerebellum, lub wedle Tilney'a parencephalon. Tilney wprowadził ten nowy termin za Arystotelesem, choć jest to może pomysł niezbyt udały, gdyż Ariens-Kappers nazywa już w ten sam sposób okolicę glandula pinealis, a mianowicie tzw. saccus dorsalis.

Biorąc pod uwagę móżdżek najniższego kręgowca, minoga (petromyzon) z rzędu smoczkoustych (cyklostomów) zauważymy, że u

jego larwy ammocoetes, nie wykonującej prawie żadnych czynnych ruchów oprócz ruchu utrzymywania równowagi, a więc utrzymywania lżejszej brzusznej części ku dołowi, wytworzyły się na rdzeniu przedłużonym 2 grzebienie (cristae), w których schodzą się nerwy z jeszcze dwułukowego błędnika i nerwy lateralne z aparatów bocznych ryby. Te 2 grzebienie na rdzeniu przedłużonym nazywa Tilney *cerebellum bulbare*. Jest to najniższy stopień rozwoju móżdżkowego.

U dojrzałego minoga (petromyzon) sprawa przedstawia się już nieco inaczej. Stworzenie to nie jest już tak nieruchome i pływa dostatecznie zgrabnie, by przyssać się do innej jakiejś ryby i żyć jej kosztem. Do tych zwinnych ruchów potrzebny jest oprócz aparatu równowagi, jeszcze wyższy aparat, umożliwiający korrelację ruchów z obydwu stron ciała. Dlatego też u petromyzon powstaje rodzaj mostku, który łączy wyżej przytoczone grzebienie i w którym znajduje się właśnie ów korrelacyjny aparat. Ten twór, w kształcie mostka, łączący owe grzebienie w rdzeniu przedłużonym, nazywa Tilney *cerebellum iugale*. *Cerebellum bulbare i iugale* tworzy zatem zawiązek aparatu równowagi i korrelacji i stoi w ścisłym związku z prymitywnym aparatem odruchowym, tzw. „archikinetycznym" w rdzeniu. Tilney nazywa je *archiparencephalon*. Archiparencephalon występuje jako najwyższy aparat równowagi i korrelacji u obecnie żyjących smoczkoustych, u zwierząt zaś wygasłych spotykamy go w formacjach od siluryjskiej do dewońskiej. Służy zaś on do archistatyki czyli do utrzymania optimum fizjologicznego ułożenia. (physiologic posture).

Ryby z rzędu plagiostomów np. rekiny są jak wszystkim wiadomo rybami o ruchach bardzo szybkich, rybami mogącemi przebywać olbrzymie przestrzenie, szybko zagłębiającemi się i wypływającemi na powierzchnię. Dlatego też *cerebellum bulbare i iugale* silnie się u nich rozwinęło i zróżniczkowało, i wykazuje wyraźne stratum granulare i moleculare. Powstają też komórki przypominające komórki Purkinjego. Rozwinięcie się cerebellum bulbare i iugale przypisać można także rozwinięciu się trzeciego semicyrkularnego kanału i ductus endolymphaticus, czyli rozwinięciu się aparatu błędnikowego. Ponieważ nazwy jak cerebellum bulbare i iugale nie są używane w dziele Ariens-Kappersa i są dopiero świeżo wprowadzone przez Tilneya, przeto dla wyjaśnienia dodam, że *cerebellum bulbare* odpowiada „auriculum" Kappersa, z którego później ma powstawać tzw. „flocculus", a *cerebellum iugale* odpowiada tzw. „Unterlippe" Kappersa.

Jednakże u rekinów powstaje jeszcze jeden nowy twór, pokrywający *cerebellum iugale,* a mianowicie *cerebellum mediale* zawiadujące zdaniem Tilneya synergią płetw bocznych, a może także i ogona. *Cerebellum mediale* odpowiada właściwie corpus cerebelli A. Kappersa, z którego rozwija się późniejszy „vermis". Tilney broniąc tej koncepcji dodaje, że na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że to co ogólnie nazywa się móżdżkiem, jest właśnie reprezentowane przez *cerebellum mediale.* Udało mu się jednak wraz z Elsbergiem odjąć u rekinów cerebellum mediale bez naruszenia cerebellum iugale i w ten sposób wywołać odpowiednie charakterystyczne objawy. Ta nowa część móżdżku *cerebellum mediale* powstać musiała ze względu na szybsze i bardziej skomplikowane ruchy u rekinów.

Płazy i gady mają móżdżek, który nie stoi w swoim rozwoju dużo wyżej od móżdżku ryb. Ten fakt był w każdym razie pewną niespodzianką dla tych, którzy u filogenetycznie wyżej stojących stworzeń spodziewali się znaleźć móżdżek, stojący na wyższym stopniu rozwoju. Przyczyny tego stanu doszukać się można w tem, że objawy motoryczne płazów i gadów na ziemi nie są o wiele bardziej skomplikowane niż u ryb w wodzie. A zatem u dotychczas omawianych kręgowców najważniejszym etapem rozwojowym móżdżku jest powstanie *cerebellum mediale*, — paleoparencephalon Tilneya, — nazwane przez A. Kappersa corpus cerebelli.

Olbrzymi już rozwój móżdżku znajdujemy u ptaków. Jest zresztą zupełnie zrozumiałem, dlaczego móżdżek musi być u ptaków tak silnie rozwiniętym. Lot stawia olbrzymie wymogi statycznym własnościom ptaków. Dlatego też występuje u ptaków bardzo silne rowkowanie móżdżka. Tilney i tu różni się od ogólnie przyjętych zasad. (A. Kappersa). Twierdzi on, że u dużych ptaków np. strusiów, — u których spostrzegamy oprócz automatycznych i zasocjowanych obronnych ruchów skrzydłami, samoistne i dowolne ruchy poszczególnych nóg np. przy kopnięciu podczas obrony lub drapaniu się — powstają już zaczątki bocznych płatów móżdżkowych, czyli tzw. *cerebellum laterale.* Natomiast Ariens-Kappers twierdzi, że boczne płaty móżdżkowe powstają dopiero u ssaków, a jako dowód przytacza fakt, że u ptaków nie spotykamy się jeszcze z mostem Varola, którego powstanie zależy od obecności półkul móżdżkowych. Zdaje się, że Tilney rzeczywiście się myli i prawdopodobnie przyjmuje u ptaków flocullus i paraflocullus za cerebellum laterale. A zatem najsilniej rozwiniętym jest u ptaków cerebellum mediale,-vermis zwierząt wyższych, które jak wyżej zaznaczyłem nazywa Tilney *paleoparencephalon.* Paleoparencephalon

jest zatem najwyższym stopniem rozwoju móżdżku u ryb, płazów, gadów i ptaków i służy jako system paleostatyczny potrzebny także i do synergji automatycznych i zasocjowanych ruchów, zależnych zresztą od systemu paleokinetycznego, czyli striatum. W czasokresie między formacją dewońską i paleoceńską, paleoparencephalon był wyrazem najwyższego rozwoju systemu móżdżkowego.

U ssaków równorzędnie z powstaniem właściwej kory mózgowej i ukazaniem się skomplikowanych poszczególnych fazowych ruchów kończyn, powstają też i boczne płaty względnie półkule móżdżkowe *cerebellum laterale*. Cerebellum laterale łączy się z cerebellum mediale przez odcinek nazwany przez Bolka lobus complicatus. Im bardziej ruchy zwalniają się od automatyzmów i skojarzenia, tem większe stają się płaty boczne. Ten stan najlepiej uwidacznia porównanie móżdżków różnych ssaków, jak np. konia, psa, i małpy. Od cerebellum laterale zależy utrzymanie postawy przy dowolnych celowych synergetycznych ruchach poszczególnych kończyn. Hemisfery móżdżkowe stoją w ścisłym związku z korą mózgową, czyli systemem neokinetycznym. Stosownie do tego można nazwać cerebellum laterale neoparencephalon. Neoparencephalon powstaje dopiero w formacji paleoceńskiej a w obecnej dobie jest charakterystycznym dla ssaków.

Reasumując wyżej powiedziane możemy przyjść do przekonania na podstawie najnowszych badań Tilney'a, Ariens-Kappersa, Bolka, Ingvara i innych, że część móżdżku nazwana archiparencephalon, czyli tzw. cerebellum bulbare i iugale odpowiada vermis inferior i jądrom westybularnym w rdzeniu przedłużonym u człowieka. Zniszczenie archiparencephalon wywołuje zaburzenia równowagi i zniesienie optimum fizjologicznej postawy.

Vermis superior zaś, odpowiada paleoparencephalon niższych zwierząt czyli jest równoznaczne z cerebellum mediale. Uszkodzenie tegoż, ma wywołać asynergję zasocjowanych automatycznych ruchów.

Półkule móżdżkowe u ssaków możemy w myśl badań Tilney'a nazwać *neoparencephalon,* czyli *cerebellum laterale.* Uszkodzenie tegoż ma wywoływać zaburzenia w synergji i dysmetrję dowolnych ruchów poszczególnych kończyn i członków. Rozwinięcie się cerebellum laterale u ssaków jest sprzężone z powstaniem i rozwojem mostu Varola, tak, że im lepiej są rozwinięte półkule móżdżkowe, tem silniej rozwiniętym jest także i most. Budowa móżdżku jest oczywiście ze względu na swoją funkcję bardzo skomplikowana i niezupełnie jeszcze znana. Wiemy już jednak, że kora móżdżkowa przyjmuje drogi ku

niej biegnące bezpośrednio ,wysyła zaś je tylko za pośrednictwem jąder móżdżkowych lub czepcowych, które tamże odpowiednio przeszaltowane rozchodzą się w systemie centralnym na wszystkie strony.

U człowieka wrodzony ubytek całego móżdżku lub większych jego części, nie koniecznie musi dawać wybitne kliniczne objawy. Przeciwnie nawet objawy móżdżkowe mogą być znikome, a brak móżdżku może znaleźć prosektor dopiero zupełnie przypadkowo. Natomiast ubytki móżdżkowe, powstające w późniejszym okresie życia, dają zawsze gwałtowne objawy móżdżkowe. Do takich objawów zaliczyć musimy 1) inkoordynację ruchową, opisaną przez Duchenne i jej pochodne, a mianowicie asynergję cerebellarną i dysmetrję, opisane przez Babińskiego; 2) przez uszkodzenie odpowiedniego centru dla tonusu kierunkowego przychodzi do tzw. „Vorbeizeigen" opisanego przez Barany'ego; 3) hypotonję, występującą przy chorobach móżdżku, możemy wytłómaczyć łatwo wiedząc, że móżdżek jest organem tonizującym. W ten sam sposób możemy wytłómaczyć ewentualną hypertonię. 4) Adiadochokinezę opisał Babiński jako objaw móżdżkowy. Może jest ona następstwem tzw. sukcessywnej indukcji Sherington'a, powstającej wskutek nieodpowiedniego napięcia antagonistów i powolności skurczu tychże antagonistów. Z tego też może powodu przychodzi do braku tzw. po niemiecku „Rückstossu", rebound phenomenon, przy próbach oporowych. 5) Rzadszym już objawem jest błąd w ocenianiu ciężaru mimo braku uszkodzeń czucia.

Jeśli występują zawroty głowy przy chorobach móżdżku, to objaw ten ma być charakterystycznym dla podrażnienia aparatu błędnikowego. Co się tyczy drżenia, występującego często przy chorobach móżdżku, to trudno jest jeszcze dokładnie powiedzieć ,jakiego właściwie jest ono pochodzenia. Wielu autorów twierdzi, że drżenie zależy od uszkodzenia nucleus ruber, lub jest objawem pallidarnym, chociaż Ramsay Hunt uważa drżenie intencyjne za specyficznie móżdżkowe statyczne drżenie.

Móżdżek jest zatem głównym organem statotonusu, organem koordyującym, organem rownowagi, organem przeciwstawiającym się sile ciężkości i pokonywującym bezwładność. (Ingvar).

Jak wspomnianem było na wstępie, wnioski Rijnberka, Goldmana a do pewnego stopnia także i Bergera niezupełnie zgadzają się z dotychczas ogólnie przyjętemi zasadami potwierdzonemi zresztą i przez Klinikę. Jasno z tych przeciwności wynika, jak ostrożnym należy być w ocenianiu objawów tak skomplikowanych aparatów, jak

móżdżek i jądra podkorowe. Wszystkie te systemy i aparaty kinetyczno-statyczne oddziaływują na siebie w sposób ogromnie skomplikowany i pozostają pod stałą wzajemną zależnością. I tak wielki motoryczny aparat korrelacyjny śródmózgowia i mostu zależy od aparatu fronto-ponto-cerebellarnego, od systemu cerebello-rubralnego, właściwego głównego systemu pozapiramidowego jakoteż i od subtalamicznego środka wegetatywnego i vice-versa. Nie wolno nam również zapominać o górującem znaczeniu kory mózgowej.

W ostatniem decenium neurologowie zaczęli się zajmować specjalnie nową dziedziną, mało dotychczas zbadaną, a mianowicie dziedziną systemu striarnego, pozapiramidowego, i dziedziną jąder podkorowych w ogóle. Zbadano i sklasyfikowano całą masę chorób dawniej niezrozumiałych z dziedziny ruchowej, odnosząc je właśnie głównie do jąder podkorowych. Wszystkie choroby, w których spotykano się z komponentą akinezy, hyperkinezy, zaburzeń tonusu, a nawet z zaburzeniami statycznemi starano się przesadnie wtłoczyć w wąskie ramki i uzależnić od systemu striarnego, względnie śródmózgowego. Obecnie coraz więcej słychać głosów przestrzegających przed jednostronnym poglądem na te, tak skomplikowane sprawy. I tak Ramsay Hunt i Kraus na nowo wyraźnie zwrócili uwagę na móżdżek, podnosząc korrelację tego organu z korą mózgową i systemami podkorowymi i wysuwając pewne jego objawy na pierwszy plan. Rewolucyjnie wprost, podziałały na obecne zbyt jednostronne poglądy na system striarny ostatnie wykłady Wilsona, który nie uzależnia już akinezy i hyperkinezy wyłącznie od systemu striarnego. Względnie dość podobne stanowisko zajęli Cruchet i Verger we Francji, a u nas Jarkowski. Słusznie też korze mózgowej i móżdżkowi winno się przypisać dużo z tych objawów, które lokalizujemy jeszcze w jądrach podkorowych. Wszystkie bowiem komponenty mechanizmów ruchowych są znacznie bardziej skomplikowane niż to sami przyznajemy i słusznie też Wilson przestrzega przed przeschematyzowaniem objawów ruchowych.

BIBLJOGRAFJA:

BARANY: Beziehungen zwischen Bau und Funktion des Kleinhirns. W. kl. W. 1912.

BATESON: The ancestry of the chordata cyt. Tilney.

BOLK: Hauptzüge der vergleichenden Anatomie des Cerebellum. M. f. N. u Ps. 1903

BOLK: Das Cerebellum der Säugetiere, Haarlem und Jena 1906.

BREMER: Recherches sur la physiol. du cervelet et considerations sur la physiopathologie du tonus musculaire, Journ. de neurol. et de psych. R. 25 Nr. 8 1925.

R. CRUCHET: Sur les désordres de la motilité du tonus musculaire dans les états parkinsoniens. Presse méd. R. 1926 Nr. 21.

EDINGER: Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane, Leipzig 1908.
GASKEL: The origin of the vertebrates, London 1908.
ST. HILAIRE: Sur la vertebre cyt. Tylney.
RAMSAY-HUNT: The Statesthetic and Kinesthetic Components of the afferent system, A. of N. 8, 311, 1922.
INGVAR: Zur Phylo und Ontogenese des Kleinhirns, Folio neurobiol Bd. XI.
JARKOWSKI: Kinesie paradoxale, Masson 1925.
ARIENS-KAPPERS: Die vergleichende Anatomie des Nervensystems, Haarlem 1920, 1921.
KRAUS: Walter Walking, A. of N. V. 9 Nr. 2, 1923.
MELLA: Associated locomotor movements A. of N. V. 10, N. 2, 1923.
MILLS AND WEISENBURG: Cerebellar symptoms and cerebellar localisation, Jour. of amer. med. assoc. Vol. 43, 1914.
PATTEN: The evolution of the vertebrates and their kin, Philadelphia 1912.
PRUS: Sur les localisations des centres moteurs dans l'ecorce du cervelet. Arch. Pol. des Sciences Biol. et med. 1901.
RIJNBERK: Ideés actuelles et derniers travaux concernant les fonctions du cervellet. Arch. neerland de physiol. de l'homme et des animaux Bd. 10 H. 2 1925. Ztralbl. XLIII. 3/4.
RIJNBERK: Les derniers recherches relatives à la question de la localisation dans le cervelet. Arch. neerland de physiol. de l'homme et des animaux Bd. 10. H. 2. 1925. Ztralbl. XLIII. 3/4.
TILNEY: Genesis of cerebellar functions. A. of N. ano Ps. V. 9 Nr. 2.
VERGER ET GRUCHET: Les états parkinsoniens et les syndromes brady-kinetiques, Paris 1925 p. 7 a 19.
WILSON: Lectures on some disorders of motility. Lancet T. 209 Nr. 1. Nr. 2 Nr. 5, 1925.

QUELQUES MOTS SUR LE DÉVELOPPEMENT PHYLOGÉNÉTIQUE DU CERVELET ET SUR SES FONCTIONS.

Par
Le Dr. BRZEZICKI (Cracovie).

L'auteur réfléchit sur le rôle du cervelet dans le système nerveux. Selon Rijnbeck, Goldstein, Bremer etc., le cervelet est avant tout un appareil tonifiant.

Cependant les études récentes de Tilney, d'Ariens — Kappers, de Bolko, de Ingvar etc. — ont prouvé que chez les animaux inférieurs la destruction de la partie du cervelet nomnée archiparencephalon ou ce qu'on apelle cerebellum bulbare et jugale qui chez l'homme correspond aux noyaux vestibulaires de la moelle oblongée et au vermis inferior occasionne des perturbations dans l'équilibre et détruit l'optimum de l'attitude physiologique. Le vermis superior correspond au paleoparencephalon des animaux inférieurs ce qui veut dire qu'il équivaut au cerebellum mediale. Une lésion de ce dernier semble causer une asynergie des mouvements automatiques associés. Een accord avec les recherches de Tilney, les hémisphères cérebellaires chez les mammiféres peuvent être appellées neoparencephalon ou cerebellum laterale. Une lésion de celles-ci semble amener des perturbations de synergie et la dismétrie des mauvements volontaires de tel mambre ou extrémité.

Les lésions du cervelet chez l'homme provoquent les symptômes suivants: l'incoordination, l'asynergie cérebellaire, la dismétrie, le symptôme Barany, l'hypotonie, l'adiadochokynèse, l'errance dans l'appréciation du poids.

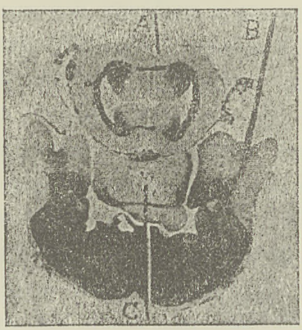
Le cervelet est donc l'organe principal de l'équilibre et de l'état statotonique; c'est l'organe de coordination, l'organe qi s'oppose à la force de gravité et qui maîtrise l'inertie.

PRZEKRÓJ ORALNEJ CZĘŚCI RDZENIA U MINOGA RZECZNEGO.



A. Cerebellum bulbare. B. Nerw słuchowy.

PRZEKRÓJ PRZEZ MÓŻDŻEK RYBY Z RODZINY REKINÓW.



A. Cerebellum mediale. B. Cerebellum bulbare. C. Cerebellum lugale.

Z Zakładu dla psychicznie chorych im. dra. med. K. Rychlińskiego w Drewnicy.

PRZYPADEK PSYCHOZY U OLIGOFRENIKA.

podał

HENRYK ROŻKOWSKI.

Analizując poszczególne przypadki zachorzeń psychicznych, psychjatra zadaje sobie pytanie, do jakiej grupy klinicznej — według dzisiejszej nomenklatury — ma być zaliczona ta lub owa psychoza. Obecnie Bleuler'owska schizofrenja jest jeszcze tym zbiornikiem, do którego wprowadzi się wszystko to, co nie może się pomieścić w innych ugrupowaniach zachorzeń psychicznych.

Przeglądając piśmiennictwo psychjatryczne lat ostatnich, widzimy, że budzą się wątpliwości, czy wszystkie postacie psychotyczne, zaliczane do schizofrenji, są rzeczywiście schizofrenją. W pracy swej „o postaciach niedorozwiniętych schizofrenji" przytacza dr. Wizel zdanie Wilmanns'a, że, nie bacząc na wielki postęp, jaki w ostatniem trzydziestoleciu uczyniła nauka o otępieniu wczesnem, stoimy dopiero w okresie początkowym wiedzy. „I rzeczywiście", mówi autor, „jeżeli rzucimy okiem na wielki obszar zagadnień związanych ze sprawą schizofrenji, to przekonamy się, że ani jedno z tych zagadnień nie zostało rozstrzygnięte, w sposób decydujący i nie budzący żadnych wątpliwośći i, że zarówno wszystkie teoretyczne rozważania jak i koncepcje kliniczne, na ich gruncie powstałe, mogą być przyjmowane z większem albo mniejszem zastrzeżeniem".

W poszukiwaniu nowych określeń i stawianiu hipotez nie możemy jednak pominąć teorji Bleuler'a a nawet Kraepelin'a, na podstawie których pewne objawy kliniczne, cechujące cały szereg postaci chorobowych, uważane są za charakterystyczne dla schizofrenji. Rozpoznajemy owe psychozy przeważnie z objawów zewnętrznych, nie wnikamy natomiast w samo sedno rzeczy, a mianowicie nie stawiamy sobie pytania, z jakim ustrojem psychicznym w danym przypadku mamy do czynienia i w jaki sposób ten ustrój reaguje na poszczególne czynniki szkodliwe. Wniknięcie w ustrój psychiczny chorego dałoby nam możność lepszego orjentowania się w materjale klinicznym i ściślejszego określania jednostki chorobowej.

Przedstawienie następującego przypadku stanowi próbę analizy w tym kierunku. Chodzi w niem o pacjenta, u którego występują na zewnątrz objawy cechujące parafreników.

Chory lat 28, kawaler, z zawodu biuralista. Rodzice żyją — zdrowi. Ojciec, jak podaje chory, jest popędliwy i bardzo nerwowy. W rodzinie chorób psychicznych nie było. Chory ma 3 braci i siostrę — wszyscy zdrowi. Badany jest najstarszym w rodzeństwie. Rozpoczął naukę w 6. roku życia, w 8-ym zaś zaczął uczęszczać do 7-mio klasowej szkoły handlowej. W niższych klasach był bardzo pilny i z roku na rok otrzymywał nagrody. W 4-ej i 5-ej klasie szło mu już gorzej, a w klasie 6-ej został nawet na drugi rok. Nio powodzenia w szkole w pierwszym rzędzie — w drugim zaś niemożność odzwyczajenia się od samogwałtu, któremu badany w tym czasie ulegał — osłabiły znacznie układ nerwowy chorego. Dalej, dręczyły go zagadnienia natury teozoficznej, z któremi oczywiście nie mógł sobie dać rady.

Wybuchła wojna. W roku 1915-ym wojska austrjackie wtargnęły do Lublina i nasz chory, będąc 17-sto letnim młodzieńcem, zaciągnął się do legjonów. Uczestniczył w bojach — rannym nie był. W tym czasie przechodził czerwonkę, dur brzuszny i rzeżączkę.

Gdy miała nastąpić przysięga na wierność Niemcom, chory, aby jej uniknąć, uciekł za przykładem innych i po dość długiej tułaczce dostał się do domu. Do szkoły nie powrócił, gdyż nie miał chęci ku temu, dążąc jaknajprędzej do materjalnego uniezależnienia się. Znalazł zajęcie w kancelarji sędziego śledczego a następnie jako kancelista w Sądzie Okręgowym w Lublinie. Początkowo stosunki z przełożonymi były bardzo dobre. Pacjent nasz pracował gorliwie, często poza godzinami biurowemi, zdobywając sobie w ten sposób uznanie zwierzchników. Trwało to jednak niedługo. Uważał się za wyzyskiwanego przez sekretarza, nad którym intelektualnie — jak mu się wydawało — górował. Zaczęły się nieporozumienia z prezesem sądu, który słusznie żądał ścisłego przestrzegania przepisów biurowych. Chory odmówił. Napastował prezesa w sprawach interesentów poza godzinami przyjęć, a gdy został strofowany przez niego za przeszkadzanie mu w pracy, odpowiedział: „nie nos dla tabakierki, ale tabakierka dla nosa". W tym czasie chory kochał się bez wzajemności w podwładnej mu kancelistce, bolał nad tem. Z chwilą przeniesienia go na niższe stanowisko służbowe chory zupełnie już stracił równowagę ducha. Zaczął otaczać się pewną tajemniczością, podejrzewać, że w otoczeniu są ludzie mu nieżyczliwi a nawet czyhający na jego życie. W tym czasie w Lublinie jakiś sądownik popełnił samobójstwo. Badany snuł domysły o powodach samobójstwa, lecz ich nie chciał zdradzić nikomu. Koledzy, (prawdopodobnie w żartach) prosili go, by im wyjawił tajemnicę. Chory odmawiał. Wówczas jeden z nich miał powiedzieć: „pan dostaniesz pigułkę" (kulę w łeb). Te słowa utkwiły głęboko w pamięci chorego i od tej właściwie chwili datują się jego myśli prześladowcze. Badany opowiada, że bardzo często, wracając do domu, wieczorem, widział jakichś podejrzanych osobników, którzy niezawodnie go śledzili i, gdyby nie policja, której polecone było przez pewne partje czuwać nad nim — dosięgła by go ręka przeznaczenia. Partje te, jak również i policja miały jakieś ukryte, lecz wrogie względem niego zamiary. Jednym zależało na tem, by go zabić i zająć jego po-

sadę — drugim, aby zamordować go i wywołać rozruchy w kraju, ponieważ miał się kiedyś wyrazić, że po jego trupie przejdzie rewolucja. Chory dla swej obrony nosił przy sobie broń. Ojciec w obawie, by syn nie popełnił jakiego szaleństwa, odebrał mu rewolwer i wówczas badany powziął przekonanie, że ojciec uczynił to zupełnie nieświadomie pod wpływem masonerji. Młodszy brat służył w wojsku polskiem i, pełniąc służbę oficera inspekcyjnego, został zabity przez wartownika podczas kontrolowania wart. Zajście to tragiczne chory tłumaczył sobie w ten sposób, że zabójstwo popełniono na rozkaz 3-ej międzynarodówki, która również czyha i na jego życie. — Ostatniemi czasy chory źle sypiał, miewał przykre sny. Rodzice, zauważywszy chorobliwy stan syna, umieścili go w zakładzie. O tem opowiada chory w sposób następujący: „6-go marca rb. byłem z ojcem w starostwie. Miał tam być doktór o godzinie 10-ej, zjawił się jednak dopiero o 11-ej. Poproszono nas do poczekalni. W tym czasie przybyły tam też trzy osoby: ksiądz z czerwonym nosem, pani i jakiś starszy pan. Wszyscy zajęli się czytaniem gazet. Przy wejściu zobaczyłem policjanta, który miał nr. 145. Ja sobie wyobraziłem, że 1+4+5 jest 10, to znaczy, że 10. marca ma się coś stać, ale co — tego nie wiem. Ten układ osób miał znaczyć: ksiądz — śmierć, ja — głód, ojciec — mord, pani — wojna, a ten starszy pan — ogień, to znaczy 4-ch jeźdźców Apokalipsy. Mnie się zdawało, że 10-go marca będą jakieś zaburzenia w Lublinie, może bezrobotnych. Umocniło mnie w tem przeświadczeniu, że stanie się coś poważnego 10. marca i to, że widziałem nawet białych ułanów, których w Lublinie niema. W osobie księdza upatrywałem wodza przyszłego faszyzmu polskiego". Na pytanie, dlaczego tak rozumował, odpowiada: „Mussolini jest wodzem włoskiego faszyzmu, a naród włoski jest przeważnie katolicki, więc dlatego mi to przyszło na myśl. Uważałem nawet, że ten ksiądz będzie wodzem wojsk polskich, gdyż może być wojna z krajami protestanckimi, jakimi są Niemcy i Szwecja. Jak 2 a 2 jest 4, jak wiem, że szkło jest przeroczyste, że ta serwetka na stoliku w kancelarji jest biała, tak wiem, że, gdyby nie układ tych czterech osób w dniu 6-go marca, ja nie byłbym w szpitalu w Drewnicy".

Chory wierzy w przeznaczenie. Do przeczuć swych przywiązuje ogromne znaczenie, szukając wytłumaczenia w faktach, rzekomo historycznych: np. w tym, że żona Napoleona, Józefina, wiedziona wyłącznie przeczuciem, kilkakrotnie ocaliła życie swemu mężowi.

W takim stanie chory został przywieziony do Drewnicy. Z opowiadania krewnych dowiadujemy się, że badany był zawsze towarzyski, wesół, wielomówny, miał wybujałą fantazję i pewne dziwactwa: rozbierając się do snu, wyjmował wszystko z kieszeni, przeglądał szczegółowo, przeliczał i układał na stole; rachował także guziki od ubrania, aby przypadkiem którego nie zabrakło. W czasie załatwiania formalności kancelaryjnych, związanych z przyjęciem chorego do kancelarji wszedł technik telefoniczny. Chory właśnie coś opowiadał. Ujrzawszy jednak technika, przestał mówić i badawczo zaczął go mierzyć wzrokiem. Gdy technik wyszedł, chory obejrzał się, czy drzwi zamknięte i zapytał, kto to jest. Dowiedziawszy się, zaczął go wciągać w sieci swoich urojeń. Na oddziale poznał chorego rosjanina, byłego pułkownika, w którym do dnia

dzisiejszego upatruje szpiega bolszewickiego, coś knującego, i „kto wie", czy nie przeciwko niemu. W parę dni po przyjęciu do zakładu, chory zwrócił się do piszącego te słowa i pod wielkim sekretem oznajmił mu, że śniły mu się w nocy 4 fijołki alpejskie i 4 narcyzy. Fijołki w jego rozumowaniu oznaczały 4 jeźdzców Apokalipsy, narcyzy natomiast — miejscowy personel lekarski, a wszystko, razem wziąwszy, jest złą wróżbą dla niego, gdyż mogą wybuchnąć rozruchy, a wówczas on niechybnie zginie. W ciągu dnia pacjent zdążył całemu personelowi, oczywiście każdemu z osobna i pod wielkim sekretem, opowiedzieć o swoim śnie i jego znaczeniu. W dwa dni po wzięciu krwi z żyły, badany wyraził pretensje do lekarza za wyrwanie mu nerwu natchnieniowego i skarżył się, że nic pisać nie może. W rozumowaniu swem bowiem wychodził z założenia, że skoro w potocznej rozmowie używa się wyrazu „wena pisarska", a wzięcie krwi z żyły uszczupla ją, przeto i natchnienie ginie. W ostatnich czasach, widząc większe zainteresowanie się jego osobą, chory zaczął mniej o sobie mówić i podejrzewać otoczenie o jakieś wrogie względem niego zamiary. Pewnego razu chory powiedział zdanie: „mówią, że jestem chory na manję prześladowawczą, a ja się tylko boję o swoją skórę". Zachowuje się na oddziale od pierwszej chwili zupełnie poprawnie; w stosunku do otoczenia posłuszny, wielomówny, zawsze uprzejmy, lecz nieufny i podejrzliwy.

Pamięć chorego bardzo dobra: z nadzwyczajną dokładnością przypomina sobie najdrobniejsze fakty ze swego życia; dotyczy to jednak przeważnie rzeczy błahych. Najdokładniej orjentuje się w czasie i miejscu. Pojęcia moralne braków wyraźnych nie wykazują, są jednak ujmowane powierzchownie.

Pod względem somatycznym nic szczególnego. W płucach i narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Serce: granice normalne, tony czyste. Tętno 100 na minutę o dobrem napięciu. Źrenice równe, na światło i przystosowanie reagują sprawnie. Nieznaczny tremor języka i palców u rąk. Chory sypia i jada dobrze. W ostatnich dniach opowiada z mniejszem ożywieniem o swoich przeżyciach, a nawet czasami wypiera się poprzednio wypowiedzianych zdań.

Chory od wczesnego wieku odznacza się, jak sam się wyraża, zbytnią ciekawością i drobiazgowością, interesują go rzeczy fantastyczne. Otoczenia nie unika, nawet chętnie przebywa w towarzystwie. Na początku wieku szkolnego jest bardzo pilnym, uczy się dobrze, otrzymuje nagrody, o których z nadzwyczajnem zadowoleniem opowiada. Rozwój umysł. chorego, jak widać dalej, nie odpowiada wymaganiom szkolnym; chory robi coraz gorsze postępy w nauce. Do kojarzeń myślowych wciskać się zaczynają kompleksy seksualne, które przytłumiają i częściowo wypierają jego nastawienie religijne. Opowiadając o przebiegu służby wojskowej, chory obawia się, aby nie posądzano go o to, że był w wojsku łazikiem. Znalazłszy posadę biurową przypuszcza stale, że jest niedocenianym. Przydźwięk ambicyjny towarzyszy na każdym

kroku myślom i czynom chorego. Wreszcie zdegradowanie go na niższy szczebel służbowy jest punktem wyjścia dla dalszego snucia wyobrażeń treści prześladowczej i wytwarzania natrętnych wprost obaw. W psychice chorego ujawniają się dla otoczenia pewne zmiany. Pacjent staje się niedowierzającym, bojaźliwym, ponurym; ostatniemi czasy szuka nawet samotności. Urojenia o treści prześladowczej nie są usystematyzowane, jednak chory przy nich obstaje. Obraz, jak widzimy z całego opisu, przypadku, nabiera zabarwienia parafrenicznego. Czy tak jednak jest? Pozostawiam to pytanie narazie otwartem.

Nasz pacjent posiadał zdolność przyswajania sobie niektórych pojęć, czego wyrazem były niezłe postępy w szkole. Chory dużo czytywał, doszedł nawet do stanowiska, jednakże pojęcia jego i sądy nie były dostatecznie przetrawione i dojrzałe, a wskutek słabej naogół psychiki, zostały chorobliwie spaczone.

Do grupy, do której chory należy, zaliczyć możemy większość psychasteników, dotkniętych natrętnymi lękami i obawami, którzy, wskutek swoistego układu psychicznego, nie są w stanie swych fałszywych sądów prostować.

Nieuniknione acz nieszkodliwe dla innych ustrojów konflikty życiowe, trafiwszy na tak podatny grunt, doprowadzić musiały do wystąpienia powyżej opisanych objawów chorobowych.

W naszym przypadku mamy do czynienia z ustrojem debilika, który pod wpływem konfliktów życiowych poszedł drogą chorobową. Ta bowiem grupa — debilitas — oligofrenji, stojąca na pograniczu między wyraźnie zaznaczonym niedorozwojem umysłowym, a tem co nazywamy normą, wchłania zdaniem mojem w siebie omawiany przypadek. Również i niekompletne obrazy psychotyczne nie upoważniają nas zdaniem mojem, by przypadki podobne zaliczać do schizofrenji wzgl. parafrenji. Uwzględniając więcej oligofreniczne podłoże dla powstających psychoz, łatwiej będziemy mogli unikać błędów djagnostycznych i pewniej orjentować się w materjale klinicznym.

Na zakończenie niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie dr. K. Rychlińskiemu za jego cenne wskazówki oraz łaskawe udzielenie mi materjału klinicznego.

Hôpital Psychiatrique du dr. Rychliński à Drewnica (Varsovie).

UN CAS DE PSYCHOSE CHEZ UN OLIGOPHRÉNIQUE

par

Le Dr. HENRI ROŻKOWSKI.

L'auteur soutient que jusqu'à présent la schizophrénie de Bleuler constitue le récipient où l'on introduit volontiers tous les cas qui ne peuvent aisément trouver leur place dans les autres groupements des maladies mentales.

On constate la maladie psychique principalement d'aprés des sympômes extérieurs, sans pénétrer jusqu'au fond du cas, sans se demander quelle organisation psychique représente le cas donné et de quelle manière elle répond aux différents facteurs fâcheux.

Une étude plus profonde de l'organisme psychique du malade aiderait à juger l'unité morbide avec plus d'exactitude.

La description d'un cas qui montre des symptômes paraphréniques pourrait servir d'essai d'analyse dans cete matière.

Les malades de ce type se récrutent pour la plupart parmi les psychasthéniques, qui par suite de leur disposition psychique particulière ne sont pas en état de rectifier leur faux jugements. Des incidents inévitables dans la vie, sans aucune portée pour d'autres, doivent nécessairement, chez les sujets ainsi prédisposés, mettre en jeu des symptômes morbides.

Notre cas présente un organisme de débile chez qui l'affection mentale s'est développée par suite des difficultés de la vie. Le cas mentionné appartient à ce groupe d' oligophrénie (debilitas) qui se tient sur le marge entre l'arriération mentale et ce que nous appelons développement normal.

De même les images psychotiques incomplets n'autorisent pas à les attribuer à la schizophrénie ou à la paraphrénie. Prenant en considération le fond oligophrénique de la psychose nous serons en état de mieux éviter les erreurs diagnostiques et de nous orienter plus sûrement dans le matérial clinique.

Z TERAPJI.

Z Zakładu dla Umysłowo Chorych. Dr. med. Rychliński w Drewnicy.

W SPRAWIE NAGMINNEGO ZAPALENIA OPON.

Referat z pracy Dr-a K. LEWKOWICZA
streściła
Dr. Wanda Blüthówna.

Sprawą chorobową, którą się w ostatnich latach wiele zajmowano i o której wiele pisano, jest nagminne zapalenia opon. Między innymi, cierpieniem tem bardzo interesował się profesor Ksawery Lewkowicz, który w pracy swej pod tytułem „Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon" wysunął cały szereg nowych wniosków, mających duże znaczenie naukowe. Praca ta szczególniej interesować musi neurologów i psychjatrów, którzy stale z powyższem zachorzeniem mają do czynienia. Duży odsetek chorych na meningitis epidemica umiera, u innych zaś w następstwie przebytej choroby spotykamy często zaburzenia psychiczne.

Profesor Lewkowicz zwrócił uwagę, że siedliskiem tej chroby są nie opony, lecz komory mózgowe wraz z ich splotami naczyniowymi, motywując to tem, że od samego początku przy meningitis epidemica komory są zajęte zakażeniem, które utrzymuje się bardzo długo, podczas gdy w przestrzeniach podpajęczynowych, sprawa chorobowa szybko gaśnie, jeżeli choć mały odcinek zostanie odcięty od komór. Nigdy zaś nie spostrzeżono, by zakażenie utrzymywało się w przestrzeni podpajęczynówkowej, a zgasło w komorach. Jest to pogląd przeciwstawiający się zapatrywaniom dawnych badaczy, którzy napotkawszy ropę na oponach, uważali ją za główne siedlisko tej sprawy, nie zwracając uwagi, że ropa ta może się tu dostać z prądem płynu mózgowo-rdzeniowego, kierującego się tu z komór. Co do właściwości samych meningokoków, to w pracy prof. Lewkowicza jest zaznaczone, że są to zarazki nieżytotwórcze, żyjące głównie na nabłonku. Komory są nabłonkiem wyłożone, inaczej niż opony, które są wyłożone śródbłonkiem. Przemawia to znów za tem, że siedliskiem tej choroby są komory. Co się tyczy płynu mózgowo-rdzeniowego, to bywa on zakażony meningokokami wyłącznie w komorach. Profesor Lewkowicz, badając płyn swoich chorych dowiódł, że meningokoki w ko-

morach są żywotne i wyrastają w hodowli, w przestrzeniach zaś podpajęczynówkowych są po większej części pochłonięte przez fagocyty. Ropienie w komorach jest nieznaczne. Fagocytoza i bakterjoliza prawie nie występują. Zmiany zachodzące w płynie mózgowo-rdzeniowym na drodze od komór do przestrzeni podpajęczynówkowych zależą od materjału zakaźnego z komór. Jeśli wessanie odbywa się szybko, białka nie przybywa. Duża zawartość białka pochodzi od zastoiny płynu. W przestrzeni dotkniętej zastojem, zakażenie gaśnie. Co do zmian anatomo-patologicznych, to w okresach początkowych komory mogą przy oględzinach pośmiertnych mieć wygląd normalny, uderze tam tylko silne przekrwienie splotów. Ropienie jest nieznaczne, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy, który w splotach wciąż się wytwarza, nie pozwala na nagromadzenie się ropy na powierzchni w większej ilości. W późniejszych okresach choroby stwierdzamy w splotach nacieki ropne i zrosty ze ścianą komór; komory są rozszerzone, o zawartości mętnej i z domieszką ropy.

Co do leczenia meningitis epidemica, to profesor Lewkowicz odróżnia wyleczenie samoistne, wyleczenie dzięki stosowanym środkom napotnym i działaniu surowicy, wstrzykiwanej dordzeniowo i dokomorowo.

W wyleczeniu samoistnem odgrywają rolę czynniki miejscowe. Neutrofile usuwają mikroby mechanicznie. Bazofile i eozynofile za pośrednictwem wydzielanych przez siebe fermentów swoistych niszczą mikroby w płynie, nie na nabłonkach. W wyleczeniu samoistnem nie można przyznać neutrofilom, bazofilom i eozynofilom znaczenia rozstrzygającego. Wyleczenie to polega prawdopodobnie na reakcji samych komórek nabłonkowych.

Leczenie napotne stosuje się w formie kąpieli połączonych z zawijaniem w koce. Wpływ tego leczenia jest dodatni. Nie jest jednak udowodnione, na czem to polega. Wyleczenie należy pojmować jako wynik samoleczenia ustroju. Jest ono tem samem mniej pewne od leczenia za pomocą surowicy.

Przy leczeniu surowiczem należy zwrócić uwagę na utrzymanie odpowiedniego stężenia surowicy w komorach. Czasami dopiero po kilkunastu dniach, przy częstszem wstrzykiwaniu surowicy, można zauważyć zniszczenie większej ilości meningokoków i w końcu ich całkowite zniknięcie. Jeśli mamy zwężenie komór wskutek obrzęku mózgowia, to utrzymać ciągłość działania surowicy jest bardzo trudno, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy, który wciąż się wydziela, posiada siłę prądu odwrotnie proporcjonalną od szerokości komór i dlatego w tym

wypadku zmywa surowicę wstrzykniętą do komór. Należy więc przy zwężeniu komór wstrzykiwać surowicę częściej, t. j. kilka razy dziennie. U dzieci i osób młodszych można liczyć na to, że skutkiem zwężenia rowków mózgowych, płyn mózgowo-rdzeniowy będzie z trudem odpływać i komory się przez to rozszerzą. Czekanie jednak na rozszerzenie komór jest połączone z wielkiem niebezpieczeństwem. Może się rozwinąć wodogłowie, ropogłowie, ew. komory mogą pozostać przez całe życie w stanie zwężenia.

Surowicę wstrzykuje się dordzeniowo i dokomorowo. W przypadku, kiedy niema przeszkody w krążeniu płynów między przestrzenią podpajęczynówkową a komorową, surowica, wstrzyknięta dordzeniowo, dostaje się do komór w dostatecznem stężeniu i nie różni się w dodatnim wyniku leczenia od surowicy wstrzykniętej dokomorowo. Tam gdzie jednak przeszkody istnieją, surowica nie dostaje się do komór, a skutkiem ciągłego dopływu materjału zakaźnego z komór, nie tłumi sprawy zakaźnej w przestrzeniach podpajęczynówkowych. Należy wtedy wstrzykiwać surowicę dokomorowo.

Lewkowicz w pracy swej przedstawił nam szereg przypadków o przebiegu ciężkim, gdzie jednak leczeniem surowicą osiągnięto wyniki dodatnie. Opierając się więc na właściwości surowicy meningokokowej, której dodatnie działanie jest jedynie możliwe wtedy, kiedy ją wstrzykujemy domiejscowo, widzimy, jak ważnem jest zagadnienie pierwotnego siedliska choroby przy meningitis epidemica.

Praca Lewkowicza, wykazująca, że przy meningitis epidemica opony są zakażone wtórnie, że meningokok nie znajduje się na oponach, oraz w płynie źle się rozwija i szybko ginie, że wreszcie istotnem siedliskiem choroby są komory wraz z ich splotami naczyniowymi — ma niezaprzeczalną wartość.

Mamy więc przy nagminnem zapaleniu opon do czynienia z cierpieniem encefalitycznem, wskutek czego spotykamy cały szereg zmian zarówno w układzie nerwowym jak i w psychice chorego. Opierając się na badaniach i spostrzeżeniach Lewkowicza, widzimy, że omawiane tu stany chorobowe nie są beznadziejne, gdyż często następuje znaczna poprawa lub całkowite wyleczenie takowych.

Hôpital Psychiatrique du dr. Rychliński à Drewnica (Varsovie).

À PROPOS DE LA MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUE.

Référé de l'étude du prof. XAVIER LEWKOWICZ

Par

M[elle] Wanda Bluth, dr. med.

L'auteur résume l'étude du prof. Xavier Lewkowicz: „Thérapie spécifique de la méningite épidémique".

Le professeur Lewkowicz appelle l'attention sur le fait que dans meningitis epidemica ce ne sont pas les méninges qui forment le foyer réel de la maladie, mais bien les ventricules cérébraux avec leur plexus chorioidei; les méninges ne sont infectées que secondairement.

La maladie est causée par des organismes catarrheux qui végètent principalement sur l'épithélium. Les ventricules sont tapissés d'épithélium tandis que les méninges sont pourvues d'endothélium.

C'est exclusivement dans les ventricules que le liquide cérébrospinal peut s'infecter de meningococcus, qui de leur côté ne se développent que difficilement dans le liquide et y périssent vite.

Les altérations anatomopathologiques ne se manifestent que faiblement au début de la maladie. Les ventricules peuvent paraître normaux (à l'autopsie), il y a pourtant congestion notable des plexus. La suppuration est insignifiante car le liquide cérébrospinal qui ne cesse de se produire dans les plexus empêche l'agglomeration du pus à la surface en quantité appréciable. Dans les phases plus avancées de la maladie on constate des infiltrations purulents dans les plexus et des cicatrisations avec les parois des ventricules. Ceux-ci sont élargis, le contenu en est troublé, additionné de pus.

La guérison arrive d'elle-même, et consiste probablement dans la réaction des cellules épithéliales ou bien c'est une auto-cure de l'organisme si l'on emploie des sudorifiques, sous forme de bains combinés d'enveloppes des couvertures ou bien le malade est guéri par l'action du serum méningocoque en injections intraspinales ou intraventriculaires.

Z oddz. VI. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz Doc. Dr. med E. Artwiński.

O LECZENIU PHLOGETANOWO-SALWARSANOWEM WIĄDU RDZENIA I INNYCH POSTACI KIŁOWYCH UKŁADU NERWOWEGO.

Doc. dr. med. E. ARTWIŃSKI — A. GRADZIŃSKI kand. med.

Oskar Fischer i Wiechowski z Pragi wprowadzili w życie preparat, który nazwali „Phlogetanem". Preparat ten jest pochodną z rozpadu ciał białkowych.

Rozpoczyna się leczenie od 2 cm^3 phlogetanu, który się zastrzykuje domięśniowo w okolicy pośladków. U chorych wycieńczonych i ludzi starszych rozpoczyna się od 1 cm^3. Co 3 wzgl. 4 dni daje się następne injekcje, stopniowo podnosząc dawkę aż do 5 cm^3.

Po każdych dwóch injekcjach phlogetanu — wlewanie salwarsanu (neosalutanu) w dawkach 0,3 do 0,6 gr., starając się aby wlewanie to było na dwa dni przed i w dwa dni po injekcji phlogetanu.

Leczenie trwa około 6 tygodni i kończy się wlewaniem salwarsanu.

Przy podnoszeniu dawek phlogetanu należy kierować się zawsze odczynem ogólnym chorego, a w pierwszym rzędzie wysokością ciepłoty i tam, gdzie przekroczyła ona 38 stopni, dawki się nie podnosi.

U niektórych chorych w kilka sekund po injekcji występuje silne zaczerwienienie twarzy połączone z lekkim zawrotem głowy i przez chwilę trudno wyczuwalnem tętnem w tętnicach obwodowych. Objawy te mijają szybko, bez jakichkolwiek groźniejszych następstw.

W miejscu wstrzyknięcia powstaje nieznaczny obrzęk oraz miejscowa bolesność, które to objawy wyrównują się zazwyczaj w ciągu 24 godzin po injekcji.

W kilka godzin po injekcji występuje dreszcz, uczucie ogólnego osłabienia, które utrzymuje się w ciągu kilku dni.

Przeciętnie najwyższa ciepłota waha się w granicach od 38,5 do 39 stopni.

Największa ilość chorób leczonych phlogetanem i salwarsanem przypada na chorych z wiądem rdzenia (grupa I), gdyż grupa ta obejmuje

36 osób. U 30 chorych udało się stwierdzić z wyjątkiem jednego przypadku, ustąpienie bólów strzelających i bólów opasujących oraz bardzo znaczną poprawę chodu, nawet w wypadkach daleko posuniętego bezładu.

O ile można sądzić na podstawie obserwacji chorych, z praktyki prywatnej, poprawa trwa minimalnie do roku.

Grupa II. (kiła mózgu i kiła mózgowo-rdzeniowa) obejmuje 14 chorych. U 12 udało się stwierdzić we wszystkich przypadkach zarówno poprawę podmiotową jak i przedmiotową.

Grupa IIIa obejmuje dwa przypadki niedowładu połowiczego. Pierwszy trwający od kilku miesięcy, drugi od szeregu lat.

U pierwszego chorego nastąpiło wyleczenie, u drugiego nie wystąpiła poprawa. Dwa przypadki wczesnej kiły układu nerwowego, u jednego poprawa zarówno przedmiotowa, jak i podmiotowa, u drugiego stan bez zmiany. Jeden przypadek epilepsji Jacksona, która pod wpływem leczenia rtęciowo-salwarsanowego nie ustępowała, po leczeniu phlogetanowo-salwarsanowem ustąpiła całkowicie.

Cztery przypadki z rozp. meningo - myelitis: poprawa zarówno przedmiotowa jak i podmiotowa.

Grupa IV. (paralysis progressiva i taboparalysis) obejmuje 2 chorych z rozp. porażenie postępujące. Bez poprawy. U 2 chorych z wiądem rdzenia ze zmianami psychicznemi (taboparalysis) stwierdzono znaczną poprawę stanu psychicznego. bóle znikły.

Na podstawie przeszło 2-letniej obserwacji 75 chorych szpitalnych i kilkunastu z praktyki prywatnej wysuwają autorzy następujące wnioski:

1) Leczeniu phlogetanowo-salwarsanowemu w wielu przypadkach wiądu rdzenia oraz kiły mózgowo-rdzeniowej należy przyznać przewagę nad leczeniem rtęciowo-salwarsanowem, które często pozostawało bez wybitniejszego wpływu, a leczenie phlogetanowo-salwarsanowe u tych samych chorych dawało wybitną poprawę.
2) W wiądzie rdzenia bóle i chód bezładny ulegały znacznej poprawie.
3) Zmiany objektywne, z bardzo nielicznymi jedynie wyjątkami, nie ulegały poprawie.
4) Uważa się za wskazane po roku powtórzenie leczenia. U chorych ze świeżemi zmianami w szczytach oraz białkiem w moczu leczenie to uważa się za przeciwwskazane.

streścił S. Bielawski.

AU SUJET DE LA CURE PHLOGETANO-SALVARSANIQUE DE L'ATROPHIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET D'AUTRES FORMES LUÉTIQUES DU SYSTÈME NERVEUX.

Présenté par E. ARTWIŃSKI, dr. med., doc. — A. GRADZIŃSKI, cand. med.

1) Dans bien des cas d'atrophie de la moelle épinière on a pu constater la supériorité de la cure phlogétano - salvarsanique sur une cure mercuro-salvarsanique, celle-ci n'ayant parfois produit aucun effet, tandis que la première amenait chez les mêmes sujets un mieux sensible.
2) Dans l'atrophie de la moelle épinière les douleurs et l'ataxie s'atténuaient visiblement.
3) Les altérations objectives, sauf des exceptions très rares, ne s'amélioraient pas.
4) Il semble indiqué de répéter la cure au bout d'une année.

Chez les sujets atteints d'albumen et de récentes altérations dans l'apex des poumons, cette cure parait contre-indiquée.

FILIP PINEL.

W ubiegłych wiekach los chorych cierpiących na zaburzenia psychiczne był smutny i opłakany, gorszy od losu przestępców odsiadujących karę w więzieniach za ciężkie zbrodnie. Psychicznie chorych uważano za niebezpieczne dzikie bestje, nakładano na nich kajdany, przykuwano ich do ścian cel ciemnych, brudnych, cuchnących, zimnych, wilgotnych, w dni zaś świąteczne pokazywano za pieniądze tłumom ciekawych, żądnych wrażeń i widowisk wstrząsających.

U schyłku 18-go stulecia traktowanie psychicznie chorych stało się bardziej humanitarne, dzięki reformom takich lekarzy-filantropów jak Chiarugi we Florencji, Tuke w Londynie i Pinel w Paryżu.

Na szczególne wyróżnienie zasługuje dziś Filip Pinel (1755—1826), którego setna rocznica śmierci minęła w dniu 26. października br. Pinel przeprowadziwszy uciążliwe walki z ciemnotą i barbarzyńskim przesądem, zreformował z gruntu metody postępowania wobec psychicznie chorych i położył przedewszystkiem ogromne zasługi, łagodząc warunki, w jakich ci chorzy przebywali.

Dnia 25. sierpnia 1793 r. wielki ten filantrop został mianowany lekarzem szpitala Bicêtre, gdzie się znajdował oddział dla osób psychicznie chorych. Zastał tam skandaliczne stosunki. Niezwłocznie po objęciu urzędu, zaczął z energją i zapałem, narażając własne życie wprowadzać w czyn nowe ideje. Nie zrażał się złem traktowaniem ze strony uprzedzonych do niego władz, które nie zrozumiały jego dążeń humanitarnych, mimo że ustawicznie głosiły: „wolność, równość i braterstwo“.

Gdy z końcem 1793 r. Pinel przedstawił swój plan na zgromadzeniu Komuny, przewodniczący zebrania Couthon (paralityk) potraktował go jako wroga rewolucji, jako arystokratę, wołając: „Chyba sam jesteś warjatem, jeżeli chcesz obdarzać swobodą dzikie bestje!“ „Biada tobie, jeżeli nas oszukałeś i między warjatami ukrywasz wrogów ludu!“

Nie znalazłszy u władz należytego uznania dla swoich humanitarnych poczynań, Pinel doczekał się pomocy ze strony, z której się najmniej spodziewał: bo oto zwyczajny dozorca szpitalny Pussin, czło-

wiek gminny, zrozumiał intencje ludzkiego lekarza i wykonywał troskliwie jego zlecenia: uwalniał z oków biedne ofiary ciemnoty i przesądu, oraz czuwał nad tem, ażeby chorzy byli traktowani łagodnie.

Scena, w której Pinel po raz pierwszy nakazał służbie w Bicêtre zdjąć kajdany z rąk chorych, została przekazana potomności na fresku Karola Muellera, znajdującym się w sali „des pas perdus" paryskiej Akademji Medycznej. Drugi obraz, pędzla T. Robert-Fleury'ego (1873), przedstawiający podobną scenę, zdobi ściany Salpêtrière.

Już ten jeden czyn Pinela — zdjęcie kajdan — wystarczy, ażeby wielkiemu filantropowi wystawić pomnik wdzięczności po wieczne czasy.

Dobroczynna działalność Pinel'a — to ważny etap w rozwoju psychjatrji praktycznej rozpoczyna nową epokę, a zasługuje na przypomnienie przedewszystkiem z tej racji, że nadała swoisty kierunek rozwojowi nowoczesnej psychjatrji szpitalnej. Tak zwany dawniej dom warjatów — to więzienie, środowisko niechlujstwa, zarazy, nędzy, nieszczęścia ludzkiego i śmierci — pod wpływem idei Pinel'a przeistoczył się stopniowo w szpital, w którym chorzy znajdują ochronę przed szkodliwościami, opiekę, pomoc lekarską, złagodzenie cierpień i nierzadko uzdrowienie. Ideje Pinel'a stanowią opokę, na której wspiera się budowa nowoczesnej psychjatrji praktycznej.

Al. Piotrowski.

XVIII-y MIĘDZYNARODOWY KONGRES PRZECIWALKOHOLOWY W DORPACIE

21—29. VII. 1926 r.*)

Organizacja Kongresu Międzynarodowego w małym kraju, który niedawno odzyskał niepodległość i którego środki są ograniczone, nastręcza trudności wielorakie. Komitet centralny abstynenckich stowarzyszeń estońskich, który podjął się zorganizowania XVIII-go Międzynarodowego Kongresu Przeciwalkoholowego, zdołał sprostać zadaniu, zyskując zadowolenie powszechne i podziw wszystkich uczestników Kongresu.

Przygotowanie materjalne Kongresu było doskonałe, lepsze niż na wielu kongresach poprzednich. Jeżeli wygłaszamy słowa krytyki co do organizacji samej, czynimy to w tym celu, żeby wzbogacić nasze doświadczenia w urządzaniu przedsięwzięć tego rodzaju. Głos ogólny zarzucał zbyt długie trwanie Kongresu. Komitet estoński chciał go uczynić wielkim. Kongresy poprzednie nie trwały dłużej jak pięć dni, Kongres w Dorpacie zajął dni 8. Zmęczenie zaczęło powoli obejmować członków Kongresu. W ostatnich dniach trudno było rozpoczynać posiedzenia o wskazanej godzinie; sale były słabo napełnione, dyskusja mało ożywiona. W kongresach przyszłych trzeba będzie przyjąć zasadę, że kongres nie powinien trwać dłużej nad sześć dni: poniedziałek wieczór poświęcony zapoznaniu się uczestników, we wtorek otwarcie, posiedzenia bez przerwy do soboty w południe. Powinno to wystarczyć; trzeba pamiętać, że kongres wielojęzyczny międzynarodowy bardziej męczy niż kongres narodowy. Na kongresie w Dorpacie, zebrania różnych międzynarodowych związków przeciwalkoholowych lekarzy, nauczycieli, studentów, nabrały zbyt wielkiego znaczenia, niektóre z tych posiedzeń miały charakter małych kongresów z referatami i dyskusjami dotyczącemi nietylko spraw organizacyjnych, lecz także zagadnień ogólnych. Ponieważ zebrania te organizowały związki same, wynosiło się wrażenie braku związku z samym Kongresem. Trzeba będzie na przyszłość tworzyć sekcje Kongresu w ten sposób, że program prac w porozumieniu ze związkami ustaliłoby Biuro Kierownicze Kongresu. Sekretarze związków byliby łącznikami pomiędzy związkiem a biurem, w ten sposób otrzymywanoby większą jednolitość prac Kongresu. Długo opierano się dzieleniu Kongresu na sekcje. Wysuwano ten argument, że uczestnicy interesują się wielu zagadnieniami i nie mogliby korzystać z posiedzeń odbywających się w tym samym czasie w różnych miejscach. Jednakże walka z alkoholizmem przybrała tak szerokie rozmiary, rozprawy dotyczą tylu przeróżnych zagadnień, że trzeba przewidywać w przyszłości konieczność podziału Kongresu na sekcje. Przewodniczący sekcji mieliby obowiązek powiadomić uczestników o wynikach prac sekcyjnych na zebraniu plenarnem, zamykającem obrady.

---

*) Według sprawozdania dr. Hercot, dyrektora Międzynarodowego Biura Przeciwalkoholowego, zamieszczonego w 4-ym zeszycie Buletynu Biura.

Uderzył wszystkich brak w obradach prawie zupełny języków francuskiego i angielskiego, dominował język niemiecki. Nie można z tego robić zarzutu organizatorom Kongresu, którzy przygotowali dostateczną liczbę referatów francuskich i angielskich. Przyczyną były warunki ekonomiczne. Odległość Dorpatu przeszkadzała prawie zupełnie anglikom, a belgom i francuzom zupełnie we wzięciu udziału w Kongresie. Język niemiecki, macierzysty dla wielu uczestników i najlepiej znany język obcy mieszkańcom środka i wschodu Europy, wysunął się w drodze naturalnej na czoło języków, w których toczyły się obrady. Referaty angielskie i francuskie odczytywano przed audytorjum, którego większość nie zrozumiała ich treści. Komitet urządzający Kongres, poparty przez Biuro Międzynarodowe, miał szczęśliwą myśl wydania skrótów większości zgłoszonych referatów, w trzech językach w jednej broszurce. W ten sposób uczestnicy Kongresu mogli nawet uczestniczyć w dyskusji nad referatem, wygłoszonym w nieznanym im języku.

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. Pöld, jego prawą ręką Willein Eruits, niestrudzony organizator ruchu przeciwalkoholowego w Estonji. Czynny udział w pracach Knogresu brali uczeni estońscy z profesorem Pusepp'em na czele, sławą Uniwersytetu w Dorpacie.

Wszystkie referaty będą wydrukowane w sprawozdaniu z prac Kongresu. Poświęcimy wtedy ważniejszym oddzielne omówienia.

Po raz pierwszy, na zasadzie nowego regulaminu, który pozwala na uchwały, Kongres powziął ich szereg następujący:

Uchwała zasadnicza. „Kongres jest głęboko przekonany, że alkoholizm tworzy jedną z największych klęsk naszego współczesnego życia społecznego. Nie określa metody najlepszej zwalczania zła, lecz obstaje przy tem, że społeczeństwo nie może nie poczuwać się do odpowiedzialności za sprzedaż alkoholu i wyniki sprzedaży. Alkoholizm jest wskazany zgodnie przez wszystkich jako groźba dla dobra publicznego, jest zatem bezwzględną koniecznością, ażeby społeczeństwo wytężyło siły do znalezienia środka zwalczania i zniszczenia zła.

Liga Narodów a sprawa alkoholu. Kongres przyłącza się do uchwały Międzynarodowej Konferencji Przeciwalkoholowej w Genewie, we wrześniu 1925, i żąda ażeby Liga Narodów zajęła się sprawą alkoholu, podobnie jak zajęła się sprawą opjum. Kongres wyraża wdzięczność Komisji Ligi Narodów Opieki nad Dzieckiem i Młodzieżą, za powzięcie uchwały objęcia swym programem prac sprawy alkoholu w odniesieniu do młodzieży.

Prawo wolnego rozstrzygania 1) Kongres podkreśla, że każdy naród ma prawo rozstrzygania o tem, jak chce zwalczać klęskę alkoholizmu, bez oglądania się na możliwość interwencji innego rządu, przyczem zaznacza z naciskiem, że w interesie pokojowych stosunków między narodami, żaden rząd nie może podejmować kroków w kierunku ograniczania woli innego narodu pod tym względem wyrażonej prawnie, przez zwalczanie kontrabandy lub drogą represji handlowych. 2) Tam wszędzie gdzie zakaz ogólny nie został wprowadzony, Kongres zaleca pozostawienie wyborcom gminnym i powiatowym możności stanowienia drogą głosowania powszechnego prawa zakazu alkoholu na swem terytorjum (opcja lokalna).

Zakaz alkoholu w Stanach Zjednoczonych. Kongres z żywem zainteresowaniem wysłuchał sprawozdania delegatów Stanów Zjednoczonych o wy-

nikach zakazu alkoholu i wyraża gorące życzenie, ażeby zostało podjęte ścisłe uzgodnianie wszystkich faktów i poczynań, które pozwoliłyby dojść do pewnych wniosków o wynikach zakazu alkoholu pod względem przemysłowym, społecznym, wychowawczym i religijnym.

Konwencja Międzynarodowa w Helsingforsie o kontrabandzie alkoholu. Kongres wyraża uznanie państwom, które ratyfikowały konwencję helsingforską lub postanowiły to zrobić, i wyraża mocne życzenie ażeby inne zainteresowane państwa jaknajszybciej ratyfikowały konwencję.

Kościoły a sprawa alkoholizmu. Kongres przyjmuje z radością do wiadomości, że przedstawiciele wyznań chrześcijańskich, uczestniczący w Kongresie, postanowili pracować nad utrzymaniem ścisłego wzajemnego porozumienia w tym kierunku, ażeby różne kościoły wywierały wpływ coraz mocniejszy moralny i społeczny w służbie energicznej walki przeciw alkoholizmowi.

Muzułmanie i administracje kolonjalne. Kongres stwierdza z żalem, że w kolonjach zamieszkałych przez muzułmanów, mieszkańcy pod wpływem europejczyków przestają być abstynentami. Kongres żąda od administracji kolonjalnych różnych krajów wszczęcia szybkiej a energicznej akcji w celu uchronienia miejscowej ludności przed rosnącem niebezpieczeństwem alkoholizmu.

Alkohol i nieszczęśliwe wypadki ruchu. Wobec stwierdzenia, że znaczny odsetek wypadków ruchu wynika z alkoholizmu, Kongres wzywa wszystkie rządy do wydania bezwzględnego zakazu alkoholu dla osób uprawnionych do kierowania środkami transportowymi i mających styczność z ruchem, i do ścisłego przestrzegania zakazu.

Biuro Międzynarodowe Pracy i ankieta o nieszczęśliwych wypadkach spowodowanych przez alkoholizm. Kongres składa podziękowanie Międzynarodowemu Biuru Pracy za zainteresowanie się sprawą alkoholizmu.

Ponieważ alkohol wywiera wpływ zgubny na wydajność pracy fizycznej i umysłowej robotników i staje się tą drogą przyczyną nieszczęśliwych wypadków, że dalej ankieta przedstawiająca stosunek pomiędzy alkoholizmem i nieszczęśliwymi wypadkami posiadałaby poważne znaczenie dla walki z alkoholizmem i dla opieki nad zdrowiem pracowników, Kongres wyraża życzenie, ażeby Międzynarodowe Biuro Pracy prowadziło dalej swe badania nad stosunkiem alkoholizmu do nieszczęśliwych wypadków w przedsiębiorstwach przemysłowych i innych, w których znajdują zajęcie robotnicy".

Wrażenie ogólne z Kongresu w Dorpacie da się streścić w ten sposób, że nie przyniósł on wyników nowych w sprawie alkoholizmu i metod walki z nim (co byłoby zresztą rzeczą trudną), zacieśnił jednak więzy międzynarodowe i tą drogą przyczynił się do uczynienia walki bardziej skuteczną. Lekarze, redaktorzy, wychowawcy, duchowni, studenci, którzy spotkali się na Kongresie, wrócili do domów mocno przekonani, że mają zadania wspólne, które tylko przez wysiłek wspólny mogą być urzeczywistnione. Wynik ten jest nieoceniony.

Estończycy, podjąwszy organizację Kongresu, chcieli wykazać, że chociaż kraj ich jest jeszcze mało znany, jest on jednakże ogniskiem kultury i zajmuje miejsce zaszczytne pomiędzy narodami cywilizowanymi.

Ref. R. Radziwiłłowicz.

STRESZCZENIA I OCENY.

STOSOWANIE PRAWA O ZAKAZIE ALKOHOLU W STANACH ZJEDNOCZONYCH AMERYKI PÓŁNOCNEJ.

(Według sprawozdania przedstawionego na Kongresie Przeciwalkoholowym w Dorpacie d. 22. VII. 1926 r. przez panie Willebrandt i Luizę Foster).

Rząd amerykański jest dwoisty: federalny i stanowy. Zakaz w różnych Stanach był wprowadzony w różnym czasie. Stan Maine np. wprowadził zakaz już 1851 r. Kiedy wprowadzono zakaz ogólny, 85% Stanów posiadało już własne prawa o zakazie. Przed wprowadzeniem zakazu narodowego, rząd federalny wydaje zarządzenia ogólne dotyczące podatków od napojów spirytusowych, regulowania sprzedaży alkoholu, wprowadzenia zakazu na terytorium zamieszkałem przez Indjan. Po wprowadzeniu zakazu narodowego prawodawstwa stanowe nie zostały pozbawione swych praw, wydawały zarządzenia własne, które nie mogły być tylko sprzeczne z prawem Volstead'a (prawo o zakazie narodowym), lecz mogły zawierać obostrzeżenia prawa. W ten sposób np. 21 stanów zabrania stosowania alkoholu jako środka leczniczego, czego zakaz narodowy nie zabrania. Administracja sprawami dotyczącemi zakazu jest rozdzielona pomiędzy administracją federalną i stanową. Stanowa rozstrzyga sprawy drobniejsze, federalna zajmuje się głównie sprawami kontrabandy alkoholu, przesyłaniem alkoholu z jednego stanu do drugiego, oraz innemi zorganizowanemi próbami naruszania prawa o zakazie. Departament Skarbu bada sprawy naruszania zakazu, zbiera dowody, cofa pozwolenia sprzedaży alkoholu dla celów przemysłowych. Departament Sprawiedliwości zajmuje się procedurą orzekania o przestępstwach przeciwko zakazowi. Przed rokiem do Departamentu Skarbu do spraw zakazu włączono wydział komór i straży celnej. To połączenie wydało doskonałe owoce, pomogło w wysokim stopniu do zniszczenia floty służącej kontrabandzie rumu, która nawiedzała brzegi Ameryki. W okresie czasu od lipca 1924 r. do maja 1926 r. przyłapano 1363 statki amerykańskie i 91 statków cudzoziemskich.

W departamencie Sprawiedliwości, sprawy dotyczące walki z zakazem, są od 4 i pół latześrodkowane w ręku jednej z autorek sprawozdania, pani M. W. Willebrandt.

Od wyroków federalnych okręgowych (Stany są podzielone na 81 okręgów sądowych) przysługuje skazanym prawo odwołania się do sądu odwoławczego federalnego, a niektóre sprawy przechodzą do Sądu Najwyższego.

W ciągu 6 i pół lat od wprowadzenia zakazu, wiele podniesiono głosów za i przeciw zakazowi. Wiele było głosów przeciwnych. Rząd nie może zajmować się ich prostowaniem, lecz może przedłożyć wykaz spraw rozważonych przez sądy.

Od 16-go stycznia 1920 r. do czerwca 1925 r. wydały sądy federalne zasądzających wyroków karnych — 154.772 w przestępstwach alkoholowych.

Stanowi to 80% sądzonych spraw tej kategorji. Nałożone grzywny przekroczyły sumę trzydziestu miljonów dolarów. Zasądzenia na więzienie wyniosły — ogółem — 12 tysięcy lat. Liczby pozornie wielkie, lecz trzeba pomyśleć, że obejmują okres 5 i pół lat i dotyczą 110-ciu miljonów mieszkańców. Wobec tego jest jasnem, że tylko znikoma mniejszość obywateli Stanów została skazana za przestępstwa przeciwko prawodawstwu federalnemu o zakazie alkoholu

WYNIKI ANKIETY URZĘDOWEJ O ZAKAZIE ALKOHOLU W FINLANDJI.

(Według artykułu dr. A. Koller'a, ogłoszonego w numerze 4-ym z br. Biuletynu Biura Międzynarodowego Walki z Alkoholizmem w Lozannie).

Obok zakazu amerykańskiego, zakaz finlandzkiześrodkowuje na sobie w dużej mierze uwagę tych, co walkę z alkoholizmem wypisali na swym społecznym sztandarze.

W 1922 r. została wyłoniona specjalna komisja urzędowa w celu przeprowadzenia ankiety, która zobrazowała wynik pod względem społecznym i hygjenicznym. Szereg tomów finlandzkich urzędowej statystyki przynosi obfite materjały ankiety.

Pierwszy zawiera dane o przestępstwie pijaństwa w 1923 r. Ankieta mogła objąć tylko przestępstwa w miastach, w których przestępczość wzrastała z roku na rok od czasu wprowadzenia zakazu. Przestępstw dopuszczali się szczególnie mężczyźni, lecz również udział kobiet w przestępstwach wzrastał w sposób poważny. Największa liczba zatrzymań z powodu pijaństwa, przypadała na niedzielę, święta oraz na soboty i wilje. Zawsze maximum wypadków wypadało na godzinę późną dnia i sięgało poza północ. Młodzi ludzie w wieku 20—30 lat stanowili 36,5% ogólnej liczby przestępstw. Robotnicy niewykwalifikowani oddają się najbardziej pijaństwu. Alkohol rozcieńczony jest najczęściej używany. Podobnie jak przestępstwo pijaństwa, zwiększa się z roku na rok przestępstwo przekraczania zakazu. Rok 1924, wydaje się, wykazuje pewną poprawę. Dotyczy to zresztą pierwszych 5-ciu miesięcy roku, objętych ankietą. Komisja przypuszcza, że zmniejszenie liczby przestępstw pod tym względem jest uzależnione nietylko od instytucji, lecz od znacznego wzrostu kontrabandy alkoholowej, która czyni tajny wyrób alkoholu mniej zyskownym.

Przestępstwa najczęstsze przeciwko prawu o zakazie, przechowywaniu i sprzedaży alkoholu są najczęściej przestępstwem pijaństwa. Wszystkie przestępstwa przeciwko prawu o zakazie, z wyjątkiem tajnego wyrobu, zdarzają się znacznie częściej w miastach aniżeli na wsi. Szoferzy i woźnice, marynarze, personel kawiarń są najczęstszymi przestępcami. Włościanie stanowią 3/4 ludności Finlandji, stanowią znikomy odsetek przestępczości. Zakaz wywarł wpływ ogromny na przestępczość pod tym względem, że przestępstwa przeciwko zakazowi przerosły bardzo szybko liczbę innych przestępstw wziętych razem. Ankieta o przestępczości (z wyłączeniem przestępstw przeciwko zakazowi) wykazuje, że prawie połowa przestępstw została spełniona pod wpływem alkoholu, czy to przez przewlekłego alkoholika, czy przez pijanego, czy też w celu zdobycia alkoholu. Przestępczość „alkoholową" spotyka się przedewszystkiem pomiędzy ludnością robotniczą. 36,5% przestępstw sądzo-

nych przez sądy wojenne, było popełnionych w stanie odurzenia. Większość osób zasądzonych do domów pracy — to byli alkoholicy.

Komisja urzędowa uzupełniła ankietę zebraniem odpowiedzi od wielu osób kompetentnych. Z odpowiedzi wynika, że z wprowadzeniem zakazu zmniejszył się w ogólności alkoholizm w miastach, wzrósł natomiast na wsi. Młodzież, a częściowo także kobiety, piją więcej niż przed zakazem. Przestępstwa są popełnione jawnie i wyroki skazujące nie są uważane za rzecz hańbiącą. Ten pożałowania godny stosunek do prawa jest objawem ogólnego lekceważenia przepisów prawnych, powszechnego po wojnie w Finlandji. Wbrew ogólnemu wrażeniu, jakie wywiera ankieta, w oddzielnych szczegółach często sprzeczna nawet w rzeczach dotyczących tego samego miasta czy miejscowości, trzeba pamiętać o tem, że większość wiadomości płynących od pastorów, nauczycieli, przedstawicieli robotniczych, przemawia wyraźnie na korzyść zakazu.

Dr. Lucien Lagriffe (Francja). — ALKOHOL JAKO PRZYCZYNA WYPADKÓW RUCHU.

Referat przedstawiony na 18-tym Kongresie Międzynarodowym w Dorpacie. Minął czas uważania umiarkowania za mniejsze zło. Umiarkowanie zbankrutowało. Nie można obecnie zamykać oczu na niebezpieczeństwo jakie ze sobą przynosi. Doświadczenie poucza, że nie jest ono niczem innem jak tylko stopniem niewstrzemięźliwości, ponieważ alkohol w każdej ilości, czy to w stanie bardziej stężonym, czy rozwodnionym, wywołuje zmiany ustrojowe, nie pozostające bez wpływu na psychikę a zatem i na stosunek jednostki do otaczającego świata. Od dziesiątków lat zostało to swierdzone na zasadzie badań naukowych. Praktycznego znaczenia nabrała ta sprawa w czasach najnowszych wobec zwiększonego ruchu kołowego wszelkiej postaci, dzięki czemu zmniejsza się znacznie przestrzeń pozostawiona pieszym do korzystania z dróg publicznych, a zwiększa się możliwość spotkań i nieszczęśliwych wypadków. Ustala się coraz bardziej pogląd, że ludzie, którym porucza się kierowanie środkami transportowymi, muszą rozporządzać całkowitą pełnią sprawności fizycznej i psychicznej. Najważniejszą przyczyną wpływającą na zmniejszenie tej sprawności są zatrucia, a w ich rzędzie pierwsze miejsce zajmuje zatrucie alkoholem traktowane powszechnie ze szczególniejszą względnością. Jeżeli wiele alkoholu wywiera wpływ ujemny, nie może mało alkoholu robić coś dobrego. Bardzo nieznaczne spożycie alkoholu obniża sprawność pewnych subtelniejszych mechanizmów, uwaga, szybkość decyzji ulegają zmniejszeniu. Czas oddziaływania przedłuża się. Są to wszystko okoliczności, które mogą stać się rozstrzygające w chwili, kiedy maszynista, szofer, lotnik musi zapobiec nieszczęśliwemu wypadkowi. Jeżeli zatem ma być zapewniona większa pewność ruchowi, który wkrótce zacznie zabierać więcej ofiar niż wojna, trzeba w pierwszym rzędzie postawić wymaganie, ażeby kierowcy ruchu posiadali całkowitą pełnię sprawności fizycznej i psychicznej i nie robili nic, coby ich zdolności panowania nad myślami i nerwami mogło osłabiać w najmniejszym nawet stopniu. Muszą oni zatem pędzić żywot całkowicie abstynencki. Spółczesny rozwój kultury i środków komunikac. wysuwa jako nakaz zwalczanie używek tego rodzaju jak alkohol, który nawet w małych dawkach tak wyraźnie zmniejsza panowanie nad sobą i ogólną sprawność psychiczną człowieka.

Prof. Harald Westergaard (Kopenhaga). — WPŁYW ALKOHOLU NA DŁUGOŚĆ ŻYCIA.

Literatura statystyczna dotycząca zagadnienia wpływu alkoholu na zdrowie jest raczej uboga. Badania podejmowane w tym kierunku dawały albo odpowiedzi tylko częściowe albo grzeszyły zastosowaniem metod niewłaściwych i błędnych. Do tych ostatnich należy np. praca prof. Raymonda Pearla z Baltimore, ogłoszona w 1923 r. p. t. „Działanie alkoholu na człowieka". Łudzono się nadzieją, że od towarzystw mających na celu opiekę nad chorymi można będzie otrzymać materjał o wpływie alkoholu na zdrowie, lecz otrzymywane dane, jakkolwiek nieraz ciekawe, nie dają podstawy do wniosków pewnych. Większą wartość przedstawiają materjały dostarczone przez towarzystwa ubezpieczeń na życie o ile posiadają oddziały szczególne dla abstynentów i nieabstynentów. Najbardziej znaną instytucją tego rodzaju jest United Kingdom Temperance and General Provident Institution założona w 1840 r.

Porównanie wyników tych dwóch oddziałów towarzystwa i innych podobnych wykazuje, że umieralność w grupie abstynetów jest wyraźnie mniejsza niż w grupie nieabstynentów. Nie można jednakże z tego materjału wyprowadzać wniosków dotyczących skutków bardzo umiarkowanego używania alkoholu, ponieważ niewielka mniejszość mocnych pijaków w oddziale nieabstynentów może spowodować znaczny wzrost odsetka umieralności.

Wiele towarzystw ubezpieczonych ogłosiło wyniki, dotyczące umieralności w różnych zawodach i klasach społecznych. Wyniki te zawierają wiele ciekawego materjału upoważniającego do wyciągnięcia wniosku, że odsetek umieralności jest wyższy u osób szczególnie wystawionych na spożywanie dowolne alkoholu w sposób nieumiarkowany. Szczególnie ciekawe jest sprawdzenie angielskie o małżeństwach, urodzeniach i zgonach obejmujące 132 zawody dotyczące lat 1910—1912. Uderza w szczególności w tem sprawozdaniu stosunek zwiększonej umieralności wskutek samobójstw i śmierci wskutek alkoholizmu i innych przyczyn. Fakty te mogą być tłomaczone w ten sposób, że stwierdzają, iż alkoholizm jest czynnikiem przy wzmożeniu odsetka umieralności. Doświadczenia dokonane w Danji podczas wojny dają ciekawe wyniki. W tym okresie czasu spożycie alkoholu zmniejszyło się znacznie u mężczyzn, kobiety były zawsze bardzo wstrzemięźliwe. Otóż statystyka duńska wykazuje znacznie większe zmniejszenie odsetka umieralności w latach wojny u mężczyzn niż u kobiet.

Wnioski ogólne które można wyprowadzić z tych badań, sprowadzają się do tego, że bez żadnej wątpliwości abstynenci jako grupa są zdrowsi od nieabstynentów, jako grupy. Jest prawdopodobne, że umieralność alkoholików zwiększa się ze wzrostem ich codziennego spożycia alkoholu. Natomiast, ponieważ grupa nieabstynentów obejmuje zarówno pijaków jak umiarkowanych, nie można drogą badań statystycznych wykazać różnicy wpływu umiarkowanego używania alkoholu na umieralność w zestawieniu z całkowitą abstynencją. Mamy prawo twierdzić, że nawykowe spożywanie alkoholu ma wpływ wyraźny na umieralność i różnice, spotykane pod względem higienicznym u różnych zawodów, mogą być w pewnej mierze przypisywane mniejszemu lub większemu spożyciu alkoholu w różnych zawodach. Alkoholizm powinien być zatem uważany jako czynnik bardzo poważny w spółczesnem życiu społecznem.

Prof. E. Kräpelin: DIE WIRKUNGEN DER ALKOHOLKNAPPHEIT IM KRIEGE. — Revue internationale contre l'alcoolisme, nr. 1. 1923.

Instytut niemiecki badań psychjatrycznych w Monachjum podjął sprawę zbadania skutków, jakie sprowadziło zmniejszenie spożycia alkoholu podczas wojny w Bawarji. Prof. Kräpelin zdaje sprawę z podjętych prac wydawnictwa Biura Międzynarodowego walki z alkoholizmem. Brak danych statystycznych utrudniał bardzo zbieranie potrzebnego materjału. Głównym napojem alkoholowym było oczywiście piwo. Przed wojną spożycie piwa wynosiło w Bawarji przeciętnie na głowę rocznie 232 litry. W 1918 wynosiło 138,8, co w rzeczywistości odpowiadało $^1/_3$ tej liczby, wobec zmniejszenia mocy piwa. Spożycie wódki również uległo znacznemu ograniczeniu. W wyniku poważne zmniejszenie liczby ostrych przypadków alkoholizmu, leczonych w szpitalach. W latach 1910-13 było przypadków 2598; w latach 1915-18 = 476. Liczba zgonów wskutek alkoholizmu wynosiła w 1913: 1,15 na 10.000 mieszkańców; w 1915: 0,74; 1916: 0,55; 1917: 0,38; 1918: 0,28.

W zakładach psychjatrycznych przyjęto alkoholików w latach 1910-13: 5515, w latach 1915-18: 1322. Zmniejszenie wynosiło: dla mężczyzn 77,6%, dla kobiet 68,5%. Na 100 mężczyzn, przyjętych do zakładów psychjatrycznych, alkoholizm był przyczyną choroby: 1912 w 26,0%, 1913 w 23,2%, w 1915 w 11,9%, w 1916 w 8,1%, w 1917 w 5,8%, w 1918 w 5,3%.

Alkoholowa statystyka kryminalna dla okręgów Monachjum i Traunstein, która wynosiła w latach 1910-13 = 5262 wypadki, w latach 1915-18 spadła do 129. Monachijska klinika psychjatryczna wykazywała alkoholizm jako przyczynę choroby: w 1913 w 17,2% przyjęć, w 1915 w 12%, w 1916 w 5,3%, 1917 w 4,4%, 1918 w 2,4%, w 1919 w 4,3%, w 1920 w 6,7%, 1921 w 13,7%, 1922 w 21,5%.

Zarzucano powszechnie, że przy ograniczaniu spożycia alkoholu zwiększa się spożycie morfiny. Na 186 przypadków morfinizmu, przyjętych do kliniki w latach 1915-21, nie było ani jednego, którym zostałby morfinistą wskutek powstrzymania się od spożywania alkoholu.

W zakończeniu swej pracy prof. Kräpelin zadaje pytanie, dlaczego tak ważne zagadnienia tak mało są znane publiczności i znajduje odpowiedź na pytanie to uporczywem oddziaływaniem kapitału alkoholowego na publicystykę usypiającem czujność prasy i opinji publicznej. R. R.

Prof. Dr. Joseph Berze (Wiedeń, Steinhof). — ZUR PHAENOMENOLOGIE UND ZUR THEORIE DES BEZIEHUNGSWAHNS.

Na tle przypadku schizofrenji paranoidnej z urojeniami k'sobnemi autor rozważa przedmiot „urojeń odnośnych" (Beziehungswahn).

Chory, świadom swoich niedomagań w sferze aktywności psychicznej, podaje m. in., że brak mu myśli, że myśleć nie może, nie wie nigdy, co „z jego myślenia wyniknie", że cierpi na mimowolny nieproduktywny tok myśli, że myślenie jest czysto reprodukcyjne, że kojarzenia odbywają się bez współudziału czynników hamujących, bo myślenie ustało, że wobec toku kojarzeń jest bezsilny, bo nie może hamować, że podświadomość jego jest rozszczepiona. Niekiedy chory ma uczucie, że nie jest dość przytomny, że raczej marzy na jawie, że nie wie, czy marzy, czy czuwa.

Na wyżynie choroby niema przedmiotu, któregoby pacjent nie odnosił do siebie. Z każdem spostrzeżeniem wiążą się natychmiast kojarzenia wywołujące urojenia k'sobne. Obłęd odnośny wykazuje dwie fazy przebiegu. W ciężkim okresie choroby uważa się wszystko za rzeczywistość: to się wie, że się coś odnosi". W drugim, lekkim okresie ma się uczucie współdziałania przy powstawaniu urojeń k'sobnych. W pierwszej fazie choroby między spostrzeżeniem a obłędem k'sobnym niema przerwy, w drugiej fazie taka przerwa istnieje, t. zn. że najpierw powstaje spostrzeżenie, a potem dopiero przychodzi uświadomienie, że treść spostrzeżenia odnosi się do własnej osoby. W przypadku, gdzie obłęd k'sobny pojawia się bezpośrednio, chory nie wie, dlaczego odnosi do siebie treść spostrzeżenia, natomiast, gdy obłęd k'sobny występuje dopiero po pewnym czasie, chory zdaje sobie sprawę, dlaczego odnosi do siebie spostrzeżenia, atoli czasem i to nie jest jasnem, albowiem zdarza się, że w przebiegu kojarzeń wystąpi naraz nie wyobrażenie, lecz nastrój bez wyobrażenia i chory nie wie, dlaczego ma taki nastrój. Obłęd k'sobny (nie zawsze) kojarzy się z nastrojem smutnym; zachodzi nieraz także nastrój radosny, pobudzający chorego do mimowolnego śmiechu.

Pacjent zaznacza, że na wyżynie choroby, gdy między spostrzeżeniem a obłędem k'sobnym nie ma przerwy, wchodzą w grę takie same kojarzenia jak w okresie polepszenia, tylko, że tego się nie dostrzega, bo nie można siebie obserwować dokładnie.

Obłęd k'sobny przedstawia się choremu jako rezultat zetknięcia się wyobrażeń o przydźwięku wzruszeniowym z mimowolnym tokiem myśli, który wywołany spostrzeżeniem, przebiega bez przeszkody i bez zahamowania. Innemi słowy, obłęd k'sobny wydaje się choremu jako symptom ugruntowany w niedomodze aktywności psychicznej i wywołany tokiem kojarzeń, przebiegającym bez zahamowania.

Autor wyraża opinję, że sposób pojmowania obłędu k'sobnego przez chorego jest przynajmniej w przypadku niniejszym racjonalny i dodaje, że niedomoga w aktywności psychicznej stanowi w genezie urojeń k'sobnych czynnik mniej lub więcej decydujący, pozatem wskazuje na różne teorje (Schulte, Linke, Stoering, Specht, Margulies, Cramer, Pick), według których podstawą urojeń k'sobnych są zaburzenia afektywne. Nieufność np. odgrywa tu znaczną rolę.

W przypadku opisanym należy właśnie podkreślić moment wzruszeniowy (szczególnie nieufne nastawienie chorego) jako „afektywną dyspozycję" dla powstania urojeń k'sobnych.

Być zniewolonym do przemyśliwania nad tem, czy się nic nie kryje pod powłoką przeżyć własnych, znaczy tyle, co ulegać przymusowi przypisywania przedmiotom i wydarzeniom prawidłowo rozpoznanym — oprócz rzeczywistego ich sensu — jeszcze innego o osobliwem znaczeniu. Znaczenie to jest wynikiem ustosunkowania się osoby myślącej do treści spostrzeżeń. Psychopata np. ze skłonnością prześladowczą stoi pod przymusem upatrywania w każdem zjawisku zdrożności, niesprawiedliwości, korupcji i dlatego przypisuje pewnym czynom osób przez siebie upatrzonych znaczenie czynów podejrzanych. U chorych „z dyspozycją afektywną", skłonnych do naginania własnego sądu o usposobieniu otoczenia lub pewnych osób albo nawet tylko

jednej osoby względem własnego „ja“, przymus poprzednio wzmiankowany przyjmuje formę urojenia k'sobnego. Kierunek tego obłędu jest zależny od umysłowej i wzruszeniowej treści odnośnego nastawienia afektywnego (nieufność, zazdrość, zakochanie się), fenomenologicznie od właściwego obłędu odnośnego. W obłędzie k'sobnym każde wrażenie jest związane z urojeniem k'sobnem, albo urojenie k'sobne następuje automatycznie i niezwłocznie wskutek wyobrażeń z przydźwiękiem afektywnym, wywołanych mimowolnym tokiem myśli.

Nie stwierdzamy tu tego jednolitego kierunku urojeniowego, jaki spotykamy w przypadkach właściwego obłędu „odnośnego“, spowodowanego nastawieniem silnie afektywnem. We właściwym obłędzie „odnośnym“ mamy do czynienia z egocentrycznemi urojeniami „wykładnemi“ (Deutungswahn). Obłęd zaś k'sobny, ujawniający się u naszego chorego, jest raczej urojeniem „aluzyjnem“. Łącznikiem obu form urojeń jest egocentryczność. Właściwy obłęd odnośny opiera się na pewnej afektywnej dyspozycji; natomiast istotnym czynnikiem genetycznym obłędu „aluzyjnego“ jest mimowolny tok kojarzeń, ugruntowany niedomogą aktywności psychicznej oraz wywołany afektem warunkującym nastawienie egocentryczne.

Według teorji autora pierwiastek omawianego zjawiska chorobowego tkwi w przeinaczeniu się procesu spostrzeżeniowego (zmiana ta jest objawem częściowym ogólnej niedomogi aktywności), z czego wynika akcent patologiczny spostrzeżenia, powodujący tłómaczenie jego treści w sensie obłędu odnośnego.

Zaburzenia w spostrzeżeniach pacjenta, o którym mowa, są natury illuzyjnej; pozatem akt spostrzegania nie bywa zakończony. Zaburzenia w apercepcji wywołują uczucia nieprzyjemne. Te uczucia nieprzyjemne przelewają się na treść spostrzeżeń i nadają jej akcent patologiczny, który prowadzi do urojeń odnośnych. Przytaczając teorję Schulte'go, że paranoik tłómaczy wprawdzie chorobliwie czyny i gesty ludzkie, atoli również nieprawidłowo odnosi do siebie przejawy czysto rzeczowe, upatrując w nich nietylko bezosobowe przedmioty, lecz także objektywację osobowych motywów; autor zaznacza, że w pewnych okolicznościach spostrzeżona rzecz, mimo że nie ma akcentu osobistego, może stanowić przedmiot urojenia k'sobnego. Nie chodzi tu jedynie o treść spostrzeżenia, albowiem urojenie k'sobne nie jest powodowane samem spostrzeżeniem i jego treścią, lecz wyobrażeniem o przydźwięku wzruszeniowym. Wyobrażenie to powodowane jest mimowolnym tokiem myśli, wywołanym przez spostrzeżenie. Mimowolny tok myśli może być wywołanym każdem spostrzeżeniem bez względu na jego treść.

Należy więc rozróżniać między obłędem odnośnym jako urojeniem „wykładnem“, a obłędem odnośnym jako urojeniem „aluzyjnem“.

Prof. Dr. Alberto Mochi, Le Caire, — LES FONDEMENTS, LES LIMITES ET LA VALEUR DE LA PSYCHOLOGIE SCIENTIFIQUE (Podstawy, granice i znaczenie naukowe psychologji)*)

Autor wychodzi z założenia, że stanowisko psychologji nie jest dostatecznie ustalone. Jedni uważają psychologję jako naukę biologiczną, inni iden-

*) Prof. Mochi w Kairze przesłał powyższy referat, który dnia 17-go maja 1926 r. wygłosi w Instytucie Egipskim, celem omówienia w Nowinach Psychjatrycznych.

tyfikują ją z metafizyką. Różne szkoły psychologiczne są raczej wyrazem poglądów osobistych ich twórców. W psychologji teraźniejszej autor widzi m. in. mieszaninę teoryj metafizycznych i tendencyj artystycznych; tak np. psychologja objektywna przypomina złą metafizykę, psychologja introspekcyjna chybiony twór sztuczny.

Koncepcja psychologji introspekcyjnej jak i refleksyjnej nie ma charakteru naukowego. W teorji asocjacyjnej życie psychiczne przedstawia się jako mozajka elementów skojarzonych; szkoła Bechterewa uznaje tylko odruchy, behawioryzm przyjmuje tylko związek między bodźcem a reakcją, zwolennicy paralelizmu uznają tylko zasadę równoległości między zjawiskami psychicznemi a faktami biologicznymi, psychoanalitycy ograniczają zadanie psychologji do studjum nad wpływem kompleksów nieświadomych na życie świadome.

Różne te szkoły zwalczają się nawzajem i spoglądają jedna na drugą z nieufnością, zamiast się wspierać i uzupełniać. Każda z nich usiłuje zawładnąć całą wiedzą. Niema tego rozgraniczenia i równoczesnego skoordynowania poszczególnych dziedzin według praw logicznych jak to się dzieje w biologji, gdzie są uwzględnione granice, znaczenie i wzajemny stosunek anatomji, fizjologji, embrjologji i nauki o dziedziczności.

Wymienione powyżej szkoły dostarczyły wprawdzie cennego materjału do badań psychologicznych, atoli brak jednolitego punktu widzenia powodował różne trudności; z jednej strony brak ten faworyzował tendencje do przekroczenia granic w dziedzinie formułowania definicji, określania klasyfikacji i poszukiwania przyczyn zjawiskowych, gdy chodziło o wniknięcie w ich genezę i istotę; z drugiej strony brak ten nie dopuścił do zlania się rezultatów badań, pochodzących z różnych ognisk naukowych, w jednolity system.

To też w takich warunkach psychologja nie mogła być klasyfikowana.

Wobec tego autor starał się wykazać, jak można określić stanowisko psychologji jako samodzielnej gałęzi wiedzy i jak przy zastosowaniu jego metody krytycznej i zarazem konstruktywnej można wyjaśnić najwięcej dyskutowane problemy.

Należy tylko oczyścić psychologję od naleciałości filozoficznych. W rzeczy samej psychologja ma te granice, które jej są wyznaczone przez biologję. Różnice między psychologją a biologją są kwantytatywne, nie kwalitatywne.

Ze stanowiska biologicznego autor też krytykuje zasadnicze poglądy niektórych uczonych i nazywa bezwiednem filozofowaniem polemikę pomiędzy Kretschmerem a Bleulerem na tem.: „nieświadomego" i przychodzi do wniosku, że bez wątpienia wyrażenie „nieświadome życie psychiczne" zawiera w sobie kontradykcję, albowiem nieświadomość oznacza nieistnienie.

Definicja, że w doświadczeniu poza świadomością nie istnieje nic psychicznego, że psychicznem jest to, co się poznaje bezpośrednio, wyklucza możliwość badań naukowych i tem samem obala budowę Kretschmera u samej podstawy. Również Bleuler niesłusznie utrzymuje, że świadomością jest to, co się poznaje pośrednio, t. zn. deduktywnie.

Według opinji autora problem „nieświadomego" opiera się na fakcie, że przyczyny całego szeregu procesów psychicznych leżą poza granicami świadomości. Różniczkowanie między świadomem wydarzeniem psychicznem

(energja aktualna) a tendencją nieświadomą (energja potencjonalna) jest bezprzedmiotowe.

„Nieświadome" bynajmniej nie ma charakteru energji potencjonalnej, lecz jest energją aktualną.

Także przeciw polemice między Freud'em, Adler'em i Jung'em ex re nieświadomych kompleksów afektywnych zwraca się autor, stwierdzając, że kompleksy wzruszeniowe możemy studjować tylko wtedy, gdy wchodzą w konflikt ze wzruszeniem świadomem; pozatem autor podkreśla znaczenie freudyzmu, którego wpływ rozszerzył się na wszystkie szkoły psychologiczne i zaznacza, że bez analizy nieświadomych kompleksów afektywnych psychologja wzruszeniowości nie mogłaby być studjowana tak samo, jak bez analizy konfliktu między instynktami a postulatami etycznymi i socjalnymi nie można wytłumaczyć życia psychicznego dziecka.

Po krytyce stanowiska Jaspersa, któremu z powodu jego określenia materjalistycznej teorji Wernicke'go jako „mitologji mózgu" dostała się odprawa, że bez schematów Wernicke'go nie byłoby odkrycia apraksji i nie byłoby ustalenia analogji między afazją a asymbolją, autor — w celach wykazania, jak różnorakie mogą być stanowiska badaczy wobec zjawisk życia—zajmuje się teorją śmiechu, — (śmiech: 1. jako funkcja mięśniowa - przedmiot badan fizjologicznych, 2. jako wyraz pewnych stanów psychicznych - przedmiot badań psychologicznych, 3. śmiech stoi w związku z życiem kolektywnem i interesuje socjologję, 4. jest związany z komizmem i ma znaczenie estetyczne, 5. wyraża aprobatę lub dezaprobatę, więc ma znaczenie etyczne) — polemizując z Bergsonem i zaznaczając, że czysto psychiczna teorja śmiechu zgadza się z ogólną teorją przejawów psychicznych, wzruszeń, mowy, etc.

Autor wreszcie stwierdza charakter psychologji pozytywnej i dochodzi do wniosku, że psychologja jest wiedzą, której podobieństwo z biologją i fizyko-chemją nie da się przeoczyć. Przedmiotem psychologji są dane bezpośrednie świadomości, psychologja transformuje przedmiot ten w abstrakcje naukowe, posługuje się tylko jedną miarą, klasyfikuje, definjuje i przewiduje, ustalając związek między przyczyną a skutkiem.

Każde poznanie pozytywne rodzaju ludzkiego polega na uogólnianiu doświadczeń, poczynionych na zwierzętach i opiera się na obserwacji doświadczeń, dokonanych spontanicznie przez przyrodę. W dziedzinie psychologji analogja między człowiekiem a zwierzęciem jest tak nieznaczna, że metoda uogólniania nie daje żadnych wyników. Źródło poznania jest zatem zredukowane. W praktyce istnieje tylko jedna dziedzina, która pozwala, a nawet domaga się wniknięcia w świadomość bliźniego, dopuszcza eksperymentowanie z nim i zmodyfikowanie jego osobowości bez względu na jego zgodę lub niezgodę, mianowicie jest to dziedzina chorób psychicznych. Choroby psychiczne stanowią jedyne doświadczenie naturalne, które może być zużytkowane dla nauki, a psychicznie chorzy przedstawiają jedyny przedmiot, względem którego można stosować sposób badania, który jest zabroniony względem osobników psychicznie zdrowych.

To też psychologja taka, jak ją pojmuje autor, stanowi appendix psychopatolofji i psychjatrji i przyjęta jest bez zastrzeżeń tylko między psychjatrami.

W ostatecznych wnioskach autor dochodzi do psychologicznej koncepcji rozszerzonej i zmodyfikowanej, pozwalającej w sposób naukowy klasyfikować

zjawiska, które uszłyby systematyzacji i umożliwiającej jasne określenie praw, dających się zastosować do rozwiązania problemów praktycznych.

Elementarny fakt psychiczny, t. z. synteza pewnych zjawisk objektywnych i ich zdefinjowanie jest wydarzeniem tak naturalnem jak wszystkie inne. Psychologja posiada zatem swoje stanowisko za innemi gałęziami nauk przyrodniczych. Żadne trudności logiczne nie przeciwstawiają się jej rozwojowi.

M. Daday, X. Abély i Bauer. — UN FAUX REVE PREMONITORE, (Annales Méd. — Psychol. 1925, décembre nr. 5).

Studjum objawów metapsychicznych jak telepatja, jasnowidzenie, przepowiadanie coraz więcej nabiera znaczenia naukowego.

Zalecałoby się, ażeby psychjatrzy rzucili nieco światła na te fenomeny. Z tej racji racji autorzy opisują rodzaj jasnowidzenia, ażeby wykazać, że analiza kliniczna pozwala wytłomaczyć zjawiska takie w sposób naturalny.

Pani R. ,osoba inteligentna, przewidziała we śnie śmierć ojca i matki. Innym razem przewidziała śmierć siostry swojej. W ostatnich dniach swego pobytu na wsi, niedaleko C., pani R. miała obawy, jak twierdziła, że otrzyma telegram ze słowami „siostra umarła". Pewnego wieczoru, gdy zmrok zapadł, haftując i marząc, miała wizję, przedstawiającą cień zbliżający się i przybierający coraz wyraźniejsze kontury. W cieniu tym pani R. rozpoznała siostrę swoją, której twarz wyrażała głęboki smutek. Za tym cieniem pojawił się nieboszczyk ojciec i nieboszczka matka, wszystko troje płakało. Cień siostry dawał znaki, że znajduje się przy rodzicach, gestami i słowami dawał do poznania, że p. R. powinna pójść do kościoła, jeżeli chce duszę swoją zbawić. (Należy dodać, że mąż p. R. jest wolnomyślicielem i nie zgodził się na ślub kościelny, czego religijna p. R. od 18 lat się domagała, a wskutek wyrzutów sumienia, że nie wzięła ślubu kościelnego, cierpiała moralnie). P. R. twierdziła, że w chwili, gdy miała wizję, czuwała i nie straciła orjentacji, znajdowała się w swojem pokoju i cienie siostry i rodziców ujrzała przez okno.

Siostra p. R., mieszkająca w Paryżu, cieszyła się najlepszem zdrowiem i nie było żadnego powodu dla p. R. do zaniepokojenia się. Zdarzyło się jednak, że siostra zachorowała na appendictis z perforacją i umarła prawie nagle w jednym ze szpitali paryskich. Choroba i śmierć nastąpiły tak nagle, że p. R. nie mogła być powiadomiona na czas. Wysłano do niej telegram zawierający słowa „siostra umarła", który jednak adresatki nie zastał na miejscu, ponieważ p. R. na krótko przedtem opuściła C. i wróciła do Paryża, gdzie telegram dogonił ją i został jej wręczony z dwudniowem opóźnieniem.

Dwa dni po odebraniu wiadomości o śmierci siostry, p. R. wspomniała mężowi o swojej wizji po raz pierwszy. Wcześniej uczynić tego nie mogła, — jak twierdziła, — ponieważ przebywała na wilegjaturze w C., podczas gdy mąż urzędował w Paryżu. Dopiero po powrocie do Paryża mogła mężowi opowiedzieć o przeżyciu swem. Pozatem obawiała się drwinek męża, sceptyka i niedowiarka. W chwili zwierzania się mężowi ze swoich przeżyć, p. R. znajdowała się w stanie zupełnej świadomości i w dobrem zdrowiu psychicznem. Męża uderzyło opowiadanie żony, albowiem w szczegółach, mianowicie co do ubrania, treść zgadzała się z opisem, który później dała krewna, bę-

dąca obecną przy zgonie nieboszczki, a o ubraniu p. R. nie mogła nic wiedzieć, nie będąc uprzednio poinformowaną (w rzeczywistości p. R. znała dobrze garderobę siostry). Ten szczegół zrobił na mężu p. R. tak silne wrażenie, że dotychczasowy sceptyk i niedowiarek zgodził się wreszcie na ślub kościelny.

Mamy zatem przed sobą jeden z klasycznych i wyraźnych przypadków objawów metapsychicznych. Metapsychicy bez wątpienia wytłomaczyli by fenomen ten kryptestezją p. R., czyli osobliwą zdolnością do poznawania rzeczy odległych w czasie i w przestrzeni.

W świetle psychjatrycznem sprawa przedstawia się w sposób następujący. Dowiadujemy się, że nieoczekiwana wiadomość o śmierci siostry wywołała u p. R. głęboką emocję wzruszeniową. W następnych dniach p. R. była smutną i nie sypiała dobrze. Dla męża i dla otoczenia wprawdzie stan psychiczny p. R. prezentował się normalnie, a zeznanie o wizji wypowiedziane w tym okresie, robiło tem bardziej wrażenie prawdopodobieństwa. 8 dni po tej emocji, p. R. w nocy była niespokojna, wstała, robiła mężowi wymówki z powodu jego niewiary i modliła się. Następnej nocy niepokój, lęk z obłędem wystąpiły silniej. Przywołany lekarz zalecił umieszczenie p. R. w zakładzie psychjatrycznym w Ch., gdzie stwierdzono zamroczenie średniego stopnia z dezorjentacją, lękiem i niepokojem objawy, te zwykle pojawiały się o zmroku. Urojenia miały treść przykrą. Nad ranem p. R. uspokajała się, była zorjentowana, odpowiadała prawidłowo na pytania, przypominała sobie tylko niektóre urywki nocnych wizji, była świadoma swego stanu patologicznego i czuła się bardzo znużona. Dokładne badanie pacjentki pozwoliło jednak stwierdzić, że chora także we dnie miała lekki stan zamroczenia. Percepcja świata zewnętrznego nie była tak wyraźna jak zwykle. Chora znajdowała się pod wpływem swoich przykrych wizji nocnych. Szczególnie uderzały zaburzenia pamięciowe. Chora z trudnością przypominała sobie datę ważnych wydarzeń ze swego życia. Pamięć o faktach z najbliższej przyszłości była słaba. Chora nie mogła podać dnia śmierci siostry. Dał się zauważyć pewien stopień d'amnésie rétrograde et antérograde.

Na podstawie powyższego obrazu chorobowego, nie było trudno sprowadzić wspomnianą wizję, przewidującą śmierć siostry, do jej właściwego znaczenia. Chodzi tu raczej o scenę oniryczną, która miała miejsce po śmierci siostry, lecz z powodu zaburzeń pamięciowych, została przesunięta w okres poprzedzający śmierć. Podczas obserwacji chorej w zakładzie stwierdzono bowiem, że pacjentka cofała treść halucynacji w przeszłość. Pozatem skonstatowano u chorej objaw „déjà vu".

W wizji pani R. autorzy rozróżniają trzy składniki: cienie zmarłych, teren w C. i podkład wzruszeniowy, polegający na bojaźliwości wskutek osamotnienia i na wyrzutach sumienia z powodu zaniechania ślubu kościelnego.

Trzeba bowiem zaznaczyć, że p. R. udała się z synkiem na wakacje do C. bardzo niechętnie, tam żyła w osamotnieniu, a będąc niewiastą nadwrażliwą i pełną bojaźni, stale obawiała się napadu włamywaczy. Jeszcze teraz wspomina miejscowość C. z osobliwą niechęcią i przykrem uczuciem.

Wobec tego nasuwa się wniosek, że wspomniana powyżej wizja u p. R. była uwarunkowana zaburzeniami wzruszeniowemi, wywołanemi żywą emocją u osoby predydysponowanej do zaburzeń psychicznych.

Na tem tle powstały objawy paramnestyczne, powodujące przesunięcie w epokę dawniejszą scen onirycznych, które miały miejsce w okresie późniejszym, tj. po śmierci siostry.

Przypadek ten wykazuje, jak krytycznie należy odnosić się do tego rodzaju zjawisk i jak wiedza psychjatryczna mogłaby w pewnych przypadkach rzucić na nie odpowiednie światło.

A. Rodiet. — LES SORTIES PRÉMATURÉES DES ALIÉNÉS INTERNÉS. — (Gaz. des. Hop. 1926, janvier, nr. 2).

Autor wypowiada się przeciwko przedwczesnemu zwalnianiu psychicznie chorych z zakładu, dokąd po krótszym lub dłuższym czasie zwykle wracają, ponieważ okazali się asocjalnymi. Żadne przyrzeczenie chorego, że będzie się zachowywał poprawnie, żadne oświadczenie rodziny, że będzie czuwała nad chorym, nie posiada realnej wartości, gdyż nie bywa dotrzymywane. Wogóle rodzina jest wrogiem lekarza zakładowego a nawet chorego. Ona to opóźnia jego wyzdrowienie wizytami swojemi w okresie, gdy chory jest jeszcze podniecony i wzburzony, ona podtrzymuje jego urojenia, ona mu dostarcza wódki, a nawet broni, ażeby się mógł obronić przed rzekomymi wrogami. Ona domaga się natarczywie przedwczesnego zwolnienia chorego, u którego niema oznak wyzdrowienia a nawet polepszenia.

W departamencie Sekwany policja sprzeciwiła się przedwczesnym zwolnieniom na krótki czas próbny, a to z powodu ciężkich zbrodni i morderstw popełnionych przez chorych, zwolnionych na skutek natarczywych reklamacji ze strony krewnych, głuchych na perswazje lekarskie.

Wprawdzie przedwczesne zwolnienia chorych, np. epileptyków niezamroczonych albo oligofreników spokojnych, wydały dobre wyniki i mogą być pożyteczne, o ile moment zwolnienia jest właściwy, a chory jest w stanie przystosować się do wymagań życia społecznego.

Autor żąda, ażeby przyszłe ustawodawstwo o opiece nad psychicznie chorymi uprawniło lekarza do zwolnienia chorych na kilkodniową próbę pod warunkiem, 1) że chory, uznawany jeszcze jako internowany, będzie ustawicznie i skutecznie dozorowany, 2) że w środowisku rodzinnem pozostanie pod kontrolą lekarską, 3) że będzie umieszczony z powrotem w zakładzie po ukończonym urlopie lub nawet niezwłocznie, gdy bezpieczeństwo osoby jego albo otoczenia będzie zagrożone.

Żądanie to stanowiło część programu Ligi Higjeny Psychicznej. Prawdziwa profilaktyka psychiczna nie polega tylko na zapobieganiu opiece zakładowej i na pielęgnowaniu chorego przed umieszczeniem w zakładzie, lecz polega przedewszystkiem, jeżeli chory został już internowany, na wykluczeniu wszelkich przyczyn zaburzenia psychicznego i nawrotu choroby, która może powodawać nowe internowanie. A. Piotrowski.

E. Minkowski. — LA NOTION DE PERTE DU CONTACT VITAL AVEC LA REALITE ET SES APPLICATIONS EN PSYCHOPATHOLOGIE.

Autor w stale ponawianych usiłowaniach znalezienia istoty chorobowej schizofrenji, opierając się w obecnej pracy na filozofji Bergsona, daje wyraz przeświadczeniu, że zasadniczym rysem tego zachorzenia jest brak kontaktu życiowego z rzeczywistością. Utrata tego kontaktu jest jądrem patologicz-

nem schizofrenji, jest zaburzeniem istotnem, około którego jako znamiona akcesoryjne skupiają się znane objawy, ustalone przez Kraepelina, Bleulera, Masselona, Weyganda, Chaslina, Stransky'ego, Claude'a i in.

To jest treść rozdziału pierwszego. (le contact vital avec la réalité) W drugim rozdziale (Démence intellectuelle et démence schizophrénique) autor, snując dalej osnowę filozofji Bergsona w stosunku do psychopatologji, wysuwa na pierwszy plan objawowe różnice między inteligencją a instynktem w zamiarze wyświetlenia różnic między otępieniem (dementia) intelektualnem i t. zw. otępieniem schizofrenijnem. Inteligencja jest to synteza czynników psychicznych, odnoszących się do przestrzeni, do form stałych, nieruchomych (inertnych), jednem słowem do statyki bytu, instynkt zaś to zespół czynników psychicznych, związanych z wieczną falą życia (la durée vécue) — z dynamizmem życiowym. Oba te składniki przenikają się wzajemnie i tworzą harmonijną całość — normalną duszę ludzką. Harmonja ta pod wpływem czynników patologicznych ulega zakłóceniu i rozprężeniu. Inteligencja, pozbawiona hamulca, jakim jest dla niej instynkt, może w patologicznem górowaniu nad nim przybierać formy wybujałe aż do potworności i odwrotnie: stając się sama siedliskiem urazu (lésion), a więc słabnąc, inteligencja przyczynia się tem samem do zniekształcenia czynników, składających się na instynkt. Przechodząc z tych założeń filozoficznych na platformę psychopatologiczną, autor porównywa objawy demencji u paralityka i t. zw. demencji u schizofrenika. W pierwszym przypadku słabną wiadomości i obrazy pamięciowe, a więc czynniki inteligencji, czynniki statyczne, w drugim te ostatnie nietylko nie słabną, ale często imponują, natomiast rozluźniają się wiązania dynamiczne, pragmatyczne wówczas, kiedy u paralityka pozostają one nietknięte. Autor uzasadnia powyższe tezy porównawczą kazuistyką wśród paralityków z jednej i schizofreników z drugiej strony.

Trzeci rozdział (la pensée des schizophrènes) autor wypełnia charakterystycznymi przykładami myślenia u schizofreników i, zestawiając odpowiednie akty psychiczne, usiłuje dowieść, jak typ schizofreniczny pozbawiony zdolności asymilowania czynników dynamicznych życia (wydarzenia, zamiary, ruch, praca) opiera się wyłącznie na jego czynnikach statystycznych, na czynnikach wybujałej i stereotypowo zmanierowanej inteligencji, jak stopniowo traci poczucie harmonji z życiem.

Pozbawiwszy się kontaktu z bogactwem zjawisk życiowych i swoistą dla nich ruchliwością, schizofrenik staje na martwym punkcie doktryny, staje się apragmatyczny; ciągłość i trwałość przeżyć, zda się, znika z jego życia; wpada on w „sprzeczność z życiem", mierzy zjawiska życiowe jednostronnie, a mianowicie z ich wymiarów co nasuwa autorowi pojęcie racjonalizmu i geometryzmu chorobowego w schizofrenji.

Rozwój poglądów, tyczących się istoty zaburzeń w dementia praecox lub „Folies discordantes" Chaslin'a, albo wreszcie schizofrenji Bleulera, wykazał nam niedostateczność współczesnych pojęć psychologicznych w tej materji. Pojęcie zaniku kontaktu naturalnego z rzeczywistością należy najwłaściwiej tłómaczyć jako zaburzenia, rodzące objawy chorobowe natury schizofrenicznej. Pochodzące od autyzmu Bleulera pojęcie utraty kontaktu naturalnego z rzeczywistością inspirowane jest ideami Bergsona. Pojęcie to dzięki zasto-

sowaniu tych idei prowadzi do fenomonów psychopatologicznych drogą przeciwstawienia inteligencji instynktom jak również czynników statycznych czynnikom dynamicznym życia. Pod tym kątem dadzą się wyraźnie rozróżnić dwa wielkie procesy myślowe, splątane dotąd w psychopatologji: osłabienie intelektualne i rozprężenie schizofrenijne. Porównanie stanów końcowych u paralityków i schizofreników uwidoczni rysy krańcowe przeciwne: podczas gdy u paralityków zrąb dynamiczny psychizmu pozostaje nietknięty, natomiast czynniki statyczne, a w szczególności ślady mnestyczne, doznają coraz to większego upadku, to przeciwnie u schizofreników stan jest wprost odwrotny. Ta zasadnicza różnica tkwi w przebiegu różnych faz rozwojowych obu badanych zaburzeń chorobowych i pozwala tłómaczyć ich główne objawy. Demencja schizofrenijna ukazuje się nam w tych warunkach przedewszystkiem jako demencja pragmatyczna. W pewnych przypadkách schizofrenji towarzyszy osłabienie czynników dynamicznych prawdziwy przyrost czynników rozumowych i przestrzennych w dziedzinie myśli. Ten przerost warunkuje więc wszystkie cierpienia chorych i decyduje o poszczególnym obrazie klinicznym. To zdaje się upoważniać do mówienia w tych wypadkach o racjonalliźmie i „geometryzmie" chorobowym. J. Gawroński.

M. Serejski. — REGIONARNYJ WEGETATIWNYJ REFLEKS PRI GIPERTIREOIDIZME. — (Roślinny odruch rejonowy w hypertyreoidyzmie). — (Mediko-Biołogiczeskij Żurnał, wypusk 1-2).

Ref. opisuje odkryty przez siebie odruch, polegający na powstawaniu pod wpływem pilokarpiny rejonowego poczerwienienia i pocenia okolicy gruczołu tarczycowego, u chorych cierpiących na nadprodukcję tarczycy. W rezultacie doświadczeń dokonanych u dziewięciu tego rodzaju pacjentów, przychodzi S. do wniosku, że 1) w przypadkach wyraźnego i ukrytego hypertyreoidyzmu udało mu się stwierdzić „rejonowy odruch roślinny". 2) roślinny odruch rejonowy, umożliwiający wykrycie utajonej hyperfunkcji tarczycy, może być zaliczony do biologicznych testów dla wykrycia wzmożonej czynności gruczołu tarczycowego, 3) przy zaburzeniach w działalności tarczycy, roślinne jady zdolne są do wykrycia niedowartości nietylko gruczołu tarczycowego, lecz także organów innych, 4) metoda Eppinga - Gessa jest aktualną też w dobie dzisiejszej. ob.

Dominico Marguglio. — CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DELLE SINDROMI PSICOMOTORIE POST-ENCEFALITICHE. („Il Pisani", Palermo 1925).

Od pewnego czasu świat naukowy okazuje żywe zainteresowanie dla śpiączki nagminnej i jej przejawów klinicznych oraz dla wyniku badań anatomo-patologicznych, zwłaszcza w przypadkach t. zw. syndromów poencefalitycznych, uważanych bądź jako następstwa zakażenia ostrego, bądź też jako postacie chroniczne, a niekiedy jako choroby postępujące.

Badania te wydały — jak dotąd — plon jeżeli nie obfity, to bądźcobądź jednak pokaźny, przyczyniając się w znacznej mierze do naukowego ujęcia różnych syndromów motorycznych pozapiramidowych z punktu widzenia anatomopatologicznego (degeneracja jądra soczewkowatego postępująca, pseudo-

skleroza mózgu Westphala-Struempla, porażenie drżenne, atetoza, chorea, i in.) W dziedzinie fizjopatologji zwojów mózgowych, coprawda, ostatnie słowo nie zostało jeszcze wypowiedziane; natomiast anatomja patologiczna zawdzięcza badaniom tym cenne zdobycze, które posłużą niewątpliwie za punkt wyjścia dla badań głębszych, obejmujących całokształt rzeczy.

Autor omawia przypadek syndromu poencefalitycznego. Zaburzenia, w chwili badania silnie zaakcentowane, pojawiły się (po przerwie paromiesięcznej po stanie ostrym) w formie podostrej, potęgującej się coraz więcej i przybierającej w końcu wyraźne cechy przebiegu postępującego.

Uderza przedewszystkiem fakt, że w czynnościach nawet zwykłych wola nie występowała jako czynnik regulujący; badany wykonywał ruchy, gdy interwencja woli nie była konieczna, a wykonać ich żadną miarą nie mógł, jeżeli czynności te, np. pisanie, zależne były od woli.

Dalej autor rozpatruje wyniki badań anatomopatologicznych i wnioski swych poprzedników, którzy stwierdzili mniej lub więcej obszerne uszkodzenia kory mózgowej, wzgórza wzrokowego oraz ciała prążkowanego, przedewszystkiem zaś miejsca czarnego (locus niger); polegające na zmianach komórek nerwowych różnego stopnia aż do zupełnego prawie zaniku tychże (zgrubienie sklerotyczne naczyń, infiltracje limfocytoidne periwaskularne).

W kwestji jednak, jakim uszkodzeniom przypisać należy pewne objawy kliniczne, zdania są podzielone: podczas gdy jedni przyczynę wszelkich zaburzeń motorycznych upatrują zawsze w uszkodzeniu ciała prążkowanego (Français i Lhermitte), inni szukają tej przyczyny w uszkodzeniu miejsca czarnego (Tretiakoff, Foix, Verga). Z objawów klinicznych na szczególną uwagę zasługuje symptom hypertonji mięśniowej, wspólny wszystkim postaciom poencefalitycznym, oraz objaw sztywności psychicznej.

Następnie autor rozbiera krytycznie tłumaczenia tych objawów przez Sanguincti'ego, Salmona, Agostini'ego i Leona, i dochodzi do wniosku, że uszkodzeniom jąder podstawowych oraz miejsca czarnego odpowiadają klinicznie syndromy motoryczne, jak sztywność, drżenie etc.; syndromy zaś bardziej złożone, z objawami psychopatologicznymi, pojawiają się w miarę ogarnięcia przez chorobę coraz to dalszych części mózgu.

Aby zrozumieć przyczynę spotykanej często ociężałości psychicznej, należy — zdaniem autora — szukać przyczyny syndromu psycho-motorycznego w uszkodzeniu nietyle podstawy, ile kory oraz dróg korowo-prążkowych i korowo-czarnych. Uszkodzenia te rozluźniają węzły łączące ośrodki korowe i ośrodki mesencefalityczne, które z biegiem czasu uniezależniły się od ośrodków korowych do tego stopnia, że wywołują niekiedy objawy kinetyczne paradoksalne, na wzór tych, które autor w badanym przypadku zauważył.

Chorego leczono za pomocą „Antiscler Maggiotto" (w injekcjach podskórnych). Dodatni wpływ na hypertonję i bradykinezę był wyraźny i ujawniał się w parę godzin po zastrzyku; atoli skutek zawsze był krótkotrwały — tem bardziej, gdy organizm przyzwyczaił się do przeciętnej dawki dziennej leku.

Gabriele Tripi. — CONTRIBUTO CLINICO ALLO STUDIO DELL'ATETOSI. („Il Pisani", Palermo 1925).

Zdaniem autora, dotychczasowe badania nad atetozą nie mogły dać dostatecznych wyników, ponieważ zamało wykonano autopsji, które mogłyby

wyświetlić patogenezę tego cierpienia. Bądźcobądź jednak prace naukowe lat ostatnich, mianowicie w przedmiocie śpiączki nagminnej, wzbogaciły chociaż pośrednio tylko dziedzinę badań traktującą o atetozie i wprowadziły na nowe drogi badania nad fizjologją jąder podstawowych.

Autor wymienia dotąd naukowo badane przypadki tej choroby, wspominając m. in. tezę paryską Charcota, opis ruchów atetotycznych przez Hammonda, różniczkowanie atetozy i hemiatetozy dokonane przez Seeligmuellera, wyróżnia Kurellę, który dał podstawę do badań dzisiejszych i Audry'ego, który zebrał 90 opisanych dotąd przypadków atetozy podwójnej.

Następnie autor podaje wyniki swych własnych badań klinicznych nad atetozą, przeprowadzonych u pacjenta zakładu psychjatrycznego w Palermo, a cierpiącego na atetozę ogólną, połączoną z głuptactwem.

Wywiady, zebrane w przypadku omawianym, wykazują wyraźne cechy psychopatyczne w ascendencji i w linji bocznej rodziny. Ojciec pijak, matka dotknięta paraparezą, siostra cierpiąca na otępienie wczesne; brat przebywał kilkakrotnie w zakładzie psychjatycznym, inny zdradza porywczość zawadjacką. Choroba pojawiła się u pacjenta w czwartym dniu po narodzeniu: chory miewał kurcze, do których przyłączyły się w czwartym miesiącu pierwsze objawy atetotyczne, wysuwające się z biegiem czasu na pierwszy plan. Pacjent wykazywał niedorozwój psychiczny, zaczął chodzić dopiero w 9-ym roku życia, a mówić w 14-ym, zdradzając już wówczas znaczne braki w dziedzinie psychicznej.

W badaniu objektywnem Tripi stwierdził u pacjenta ruchy poniewolne w całym układzie mięśniowym, wzmożenie napięcia mięśniowego, pewną hypertrofję niektórych mięśni, zaburzenia w mowie, spotęgowanie odruchów głębokich i naczyniowych, oraz niedorozwój psychiczny. Na podstawie powyższych oznak Tripi zaliczył dany przypadek do formy atetozy ogólnej wrodzonej, połączonej z głuptactwem.

Rozpatrując przypadek badany pod względem patogenetycznym, autor przytacza cały szereg teoryj o atetozie, jak: „teorja korowa“ Eulenburga i Hammonda, rozwinięta przez Fornario, wedle której atetoza jest wyrazem obrażeń różnych części śródmóżdża, z którego wychodzą bodźce do kory motorycznej; dalej, teorja Sandera, według której przyczyny choroby szukać należy w uszkodzeniach dróg piramidowych (uszkodzenia te stanowią przeszkodę dla prądów nerwowych idących z komórek motorycznych kory mózgowej); Monakow upatruje w uszkodzeniach wzgórza wzrokowego oraz części retrolentykularnej torebki wewnętrznej warunek powstania atetozy. Według Mingazzini'ego atetoza jest zależna od uszkodzenia czepca. Hunt wyraża opinję, że atetoza przedstawia zespół chorei ze sztywnością mięśni, powodowaną zanikiem dużych komórek pallidalnych i zaznacza, że chorea jest wyrazem zaburzeń w małych komórkach, w neostratum, podczas gdy atetoza stoi w związku z destrukcją komórek pallidalnych (do wniosków Hunta przychyla się Souques). Według koncepcji Struempla („kompleks amyostatyczny“) atetoza, hypertonja i ruchy poniewolne stanowią objaw jednolity i jako taki zależny od jednolitej genezy fizjo-patologicznej.

Mamy więc do czynienia z dwoma kierunkami patogenezy: pierwszy kładzie nacisk na uszkodzenia korowe, drugi — na uszkodzenia jąder podsta-

wowych. Badania anatomo-patologiczne (jak dotąd, nieliczne) zdają się przemawiać na korzyść drugiego.

Autor uwzględnia również rezultaty dokonanych autopsji w przypadkach atetozy i konkluduje, że wszystko przemawia wyraźnie za działaniem czynników toksycznych wzgl. procesów zapalnych na śródmóżdże podczas życia śródmacicznego albo podczas pierwszego okresu życia. Procesy te są umiejscowione w korze mózgowej albo w zwojach podstawowych, albo też na całej przestrzeni obejmującej tak korę mózgową jak jądra podstawowe.

W omawianym przypadku atetozy autor dochodzi do wniosku, że należy zaliczyć go do atetozy ogólnej wrodzonej, połączonej z zaburzeniami psychicznemi. Przyczyną choroby w danym przypadku jest prawdopodobnie ageneza kory mózgowej, a zwłaszcza zrazu czołowego, oraz jąder podstawowych (szczególnie jądra soczewkowatego i czepca), gdzie znajduje się przypuszczalnie ośrodek hamujący i regulujący napięcie mięśniowe, ośrodek działający poza wolą i świadomością na funkcje statyczne i dynamiczne całego systemu mięśniowego.

P. Pręgowski. — HILFSVERFAHREN BEI DER ERZEUGUNG DER KNIEREFLEXE. — (D. M. W. N. 42 r. 1925).

Ponieważ u neurasteników, licznych paralityków oraz niektórych schizofreników, używane zazwyczaj sposoby odwracania uwagi badanego oraz uniknięcia napięcia mięśniowego, (przeszkadzającym wywołaniu odruchów kolanowych), okazują się niedostatecznemi — autor poleca, obok metod ogólnie znanych, następującą:

1. Lekarz staje nie po prawej, lecz po lewej stronie badanego, przyczem pochyla się nad jego kolanami w ten sposób, że badany swych kolan nie widzi, i uderza młotkiem w ligam. patell. inf. Badany nie widzi, co się z jego kolanami dzieje, wobec czego niełatwo powstają u niego uczucia hamujące odruchy kolanowe a powodujące napięcie mieśni.

2. Lekarz, stojący po lewej stronie badanego, może, zanim uderzy w ligam. patell., położyć lewą rękę na m. quadriceps badanego, w środkowej trzeciej mięśnia, i nacisnąć mięsień, przestaje zaś naciskać w chwili uderzenia młotkiem perkusyjnym w ligamentum. Tym sposobem zmniejsza się wpływ napięcia mięśniowego na odruch.

3. Miast uderzać, młotkiem czy też ręką, bezpośrednio w lig. patell. inf., jak się to zwykle czyni, można to zrobić pośrednio; przykłada się do lig. patell. twarde, wąskie i dosyć długie narzędzie, np. linjał, które się następnie uderza. Autor używa w tym celu: linjału z twardej gumy, obustronnie pokrytego częściowo blachą z metalu; linjał jest 20 cm. długi i ma wąskie brzegi, jeden prosty, drugi „konkav" — 2) młotka podłużnego, różniącego się od młotka zalecanego przez Berliner'a tem, że jego dolna płaszczyzna jest prosta, podczas gdy u Berliner'a jest ona „konvex". Linjał przykłada się brzegiem prostym lub „konkav" do ligam. patell. inf., a młotkiem uderza się w drugi brzeg linjału.

Można uderzyć młotkiem nietylko na wysokości ligamentum, lecz i trochę z boku. W ostatnim przypadku linjał się trochę pochyla, wskutek czego uderzeniu podlega większa część, a nadewszystko brzeg ligamentum.

N. P. 6

Rozumie się samo przez się, że w razie wykonywania równoczesnego sposobu 2. i 3-go (pośrednie pobudzanie ligamentum oraz naciśnięcie ręką m. quadriceps) linjał trzymać musi ktoś inny, np. badany.

Pośrednie pobudzanie ligamentum za pomocą linjału zasługuje na uwagę przedewszystkiem dlatego, że przy uderzaniu bezpośredniem niezawsze się w ligamentum trafia, zwłaszcza jeżeli jest krótkie. Br. M.

P. Pręgowski. — VIER FAELLE VON DELIRIUM MIT FIEBER, BEHANDELT MIT DALBETVACCIN (PROPIDON). — Neur. Wochenschrift nr. 27, rok 1926-ty).

Wiadomo, że stan ostry bredzenia zaciera inne objawy chorobowe o podłożu zakaźnem, pogarszające prognozę a wykrywane przy badaniu szczegółowem. Autor opisuje cztery ciężkie takie przypadki bredzenia powikłane sprawami zakaźnemi, które leczył propidonem, wakcyną, składającą się z hodowli gronkowców, paciorkowców i bac. pyocyaneus.

Leczenie dało w trzech przypadkach wynik nadspodziewanie dobry; jeden przypadek mimo przejściowego polepszenia zakończył się zejściem. Autor podaje wakcynę w zastrzykach w ilości 4 ctm.^{3} co trzy dni. U chorych słabszych zaleca oględniejsze podawanie, np. dw razy po 2 ctm^3 w odstępie 2 godzin. L. W.

Dr. W. A. Milizyna. — DIE BEHANDLUNG DER EPILEPSIE MIT TIERHIRNEXTRAKT. — (Mon. f. Psych. u. Neurol. Bd. LXI Heft 2. April 1926).

Przypuszczając, że padaczka jest chorobą pochodzenia infekcyjnego i opierając się na najnowszych pracach prof. K. Choroschko, jak gdyby kontynuując dziś zaniedbane już poczynania Lyon'a, Darkszewitch'a, Nikitina, tyczące się leczenia padaczki preparatami z mózgu zwierzęcego, autor zaleca stosować zawiesinę z mózgu, przygotowaną metodą Pasteur'a (przeciw wściekliźnie).

Myślą przewodnią zaprojektowanego leczenia jest przypuszczenie, że w mózgu chorego na padaczkę pod wpływem choroby powstają endotoksyny, które mogą być unieszkodliwiane przez działanie nań odpowiednich przeciwciał. Obecność takich ciał należy dopatrywać się w odpowiednio spreparowanej zawiesinie z mózgu przechowywanego (po sekcji zwierzęcia) przez 24 godziny na lodzie, który to warunek ma wyeliminować swoiste działanie zarazka wścieklizny. Zawiesina była stosowana podskórnie w ilości 1 cm^3, co dzień przez dni 30, po którym to czasie następowały miesięczne przerwy wypoczynkowe. Ogółem leczenie zastosowane było u 69 chorych (44 mężczyzn i 25 kobiet). Obserwacja przypadków leczonych trwała od pół do 2 i pół lat. Naogół chorzy przechodzili leczenie dobrze, pomijając tych, którzy oddziaływali nieraz ogólnem podrażnieniem na pierwsze zastrzykiwania. Samo leczenie odbywało się w warunkach normalnych wskazań djetetycznych i nieraz już na początku powodowało poprawę.

Stosowana zawiesina wchłaniała się całkowicie i sama przez się nie powodowała działań ubocznych.

Ogólne wyniki powyższego leczenia są następujące:

1) samo leczenie — jest nieszkodliwe (niektórzy chorzy przerabiali 9-ciokrotnie);

2) poprawia samopoczucie chorych (100% obserwowanych — poprawa snu, łaknienia);
3) przyczynia się do zmniejszenia częstości i osłabienia nasilenia samych napadów (u 99,7% obserwowanych);
4) uzewnętrznia wystąpienie przeczucia napadów (u 26% obserwowanych);
5) umożliwia zahamowanie poczynających się napadów (u 10,1% obserwowanych);
6) powoduje zawieszenie samych napadów na czas dłuższy lub krótszy.

Kasperowicz (Kochanówka).

Jan Szymański. — ALKOHOLIZM A DZIECKO I MŁODZIEŻ. (Wydanie drugie — powiększone. Warszawa 1926. Skład główny w księgarni G. Szylinga, Szpitalna 10. Cena 50 gr.)

Broszurka niewielka rozmiarami, a bardzo cenna i ważna treścią. Porusza najgroźniejsze strony społeczne alkoholizmu — pijaństwo wśród dzieci i młodzieży.

Na podstawie zebranych materjałów autor wykazuje, że dzieci polskie piją, że alkoholizm wśród dzieci i młodzieży to fakt realny, tak dalece groźny, że mówić potrzeba o nim jak najgłośniej, ażeby pobudzić społeczeństwo do wytężonej walki z tem zgubnem i stranszném zjawiskiem.

Ogólny wynik statystyk przeprowadzonych przez licznych badaczy tej sprawy stwierdza, że olbrzymia większość dzieci szkolnych pije. Dr. Kaczorowski na podstawie zbadania 10-ciu tysięcy dzieci szkół powszechnych we Lwowie wykazuje, że 8—20% dzieci piło napoje wyskokowe codziennie, czasem piło 38—50%, i niepijących nigdy nie było więcej jak 5,1—12%. Według tablicy cyfrowej ułożonej na podstawie 2500 własnych spostrzeżen dr. Roszkowski stwierdził, że z pośród dzieci m. Warszawy, zgłaszających się do jego ambulatorjum po poradę lekarką, otrzymywało alkohol czasami:

w 1-ym kwartale życia	2,35% dzieci
w 2-im kwartale życia	6%
w 3-im kwartale życia	10%
w 4-ym kwartale życia	19%
W wieku 1— 2 lat	20%
W wieku 2— 4 lat	35%
W wieku 4— 6 lat	46,3%
W wieku 6— 8 lat	47,9%
W wieku 8—10 lat	48%
W wieku 10—12 lat	51%

Otrzymywało alkohol często a nawet upijało się:

w wieku 6— 8 lat	1,69%
w wieku 8—10 lat	2,2%
w wieku 10—12 lat	4%
w wieku 12—14 lat	6%

Matki dawały alkohol (według ich słów) dla wzmocnienia, poprawienia snu lub rozgrzania, a nawet wprost dla przyzwyczajenia. Tak było przed wojną, a obecnie? Dr. B. Miklaszewski w Łodzi zbadał 2.500 dzieci ze szkół

powszechnych i stwierdził, że z tej liczby nie zna alkoholu zaledwie 13,5%, 50,4% dzieci używa alkoholu rzadko, dorywczo; dosyć często używa go 24%; wreszcie systematycznie używających alkoholu było 7,6%; do tej kategorji należą też dzieci, które według własnych ich zeznań były nieraż pijane. W wielu przypadkach skonstatowano nawet, że dzieci w tym stanie przychodziły do szkoły.

W Wilnie według referatu Dyrektora Macierzy Szkolnej Stemlera, wygłoszonego na Zjeździe Narodowej Organizacji Kobiet w Warszawie w roku 1924-ym, — 40 dzieci 7-mio letnich ze szkoły powszechnej, badanych w sprawie używania alkoholu, udzieliło następujących odpowiedzi:

nie zna smaku alkoholu	1;
używało napojów alkohol. „często“	26;
używało ich „wczoraj“	10;
piło je „dziś rano“	3.

Dr. S. Brokowski, naczelny lekarz szkół powszechnych m. Wilna, ogłosił (Archivum Hygjeny, z. II., r. 1925) wyniki swych badań nad alkoholizmem wśród 10.000 dzieci uczęszczających do szkół powszechnych miejskich. Z nich znają smak alkoholu — 86,2%; znają stan upojenia alkoholowego — 23,5%; piją codziennie — 2,4%; piją raz na tydzień — 51.1%; zakupują wódkę sami — 1,4%; dostają od rodziców — 56,7%.

Ks. Sopoćko przeprowadził badania w Warszawie w 4-ch szkołach powszechnych i 4-ech średnich, zbadał razem 850 chłopców i 513 dziewcząt. Zbadał również 160 studentów jednej ze szkół wyższych. W szkołach powszechnych chłopcy, używający napojów alkoholowych, stanowili 69,5%, dziewczęta 61,5%. Wszystkie 8 zbadanych 7-mio letnich piły. Dzieci te piją przeważnie wódkę (70% odpowiedzi); 10% oświadczyło, że używa „wszelkich trunków“ (były to przeważnie dzieci szynkarzy i restauratorów). Kilkoro dzieci przyznało się do używania denaturatu. Większość dzieci nie pamięta, kiedy zaczęły pić. Z odpowiedzi wynikało jasno, że początek używania alkoholu powstał pod przymusem otoczenia domowego. Przeszło 50% chłopców i dziewcząt oświadczyło, że piją „chętnie”. Przeważająca liczba (ponad 80%) pije w święta, przyczem do świąt często zaliczano popołudnie sobotnie, „po wypłacie”. Codziennie pije 4,4% chłopców i 8,3% dziewcząt. Badania były przeprowadzone przeważnie w dzielnicach robotniczych.

W szkołach średnich z ogólnej liczby 528 badanych uczniów i uczennic piło 66,5%. Wśród 160 studentów pewnego wyższego zakładu naukowego w Warszawie, nie było ani jednego abstynenta.

W epoce naszego odrodzenia w końcu 18-go wieku zrozumiano doniosłość walki z alkoholizmem. Elementarz dla szkół parafjalnych, wydany przez Komisję Edukacyjną, w drugiej swej części, obejmującej Naukę Obyczajową, naukę 7-mą poświęcił całkowicie sprawie wstrzemięźliwości. Nauka 7-ma nosi tytuł: „Zachować wstrzemięźliwość a chronić się od pijaństwa“. Wobec dzieci zawiera tendencję czysto abstynencką. „Ten, który w młodości wszystkich rozgrzewających trunków nie pije i t. d.”. Rzecz wydana w 1785 r. Jakże smutnie odbija od tych poczynań naszego pierwszego Ministerstwa Oświecenia, obojętność obecnego naszego Ministerstwa Wyznań Religijnych

i Oświecenia Publicznego, dla którego alkoholizm w szkole nie istnieje i nie wymaga żadnych środków zaradczych, chociażby np. w postaci wprowadzenia nauki alkohologji w seminarjach nauczycielskich i duchownych. Słusznie, jako motto swej pracy przytacza autor słowa św. Bazylego: „Rodzice, co powiecie Sędziemu Chrystusowi, który powierzył wam dziatki wasze, abyście je żywili i dali dobry przykład, kiedy to co wam Bóg dał, trawicie na pijatykach i dajecie zgorszenie".

Ref. R. R.

R. Radziwiłłowicz. — PODSTAWY PSYCHOLOGJI W ZARYSIE. — Warszawa 1926, druk i lit. p. f. „Jan Cotty".

Autor, powołany obecnie na profesora psychjatrji Uniwersytetu Wileńskiego, znany z całego szeregu cennych prac, że wymienię tylko „Psychjatrję Sądową" (Warszawa 1917) i „Myśli o myśleniu" (Warszawa 1921, Instytut Wydawniczy — Bibljoteka Polska), zebrał swoje wykłady z psychologji, które prowadził jako docent w Warszawie w ciągu dwóch trymestrów na wydziale lekarskim w trzecim roku studjów uniwersyteckich i wydał je w formie książki. Nasza literatura psychologiczna nie obfituje w podobne podręczniki; to też książkę Radziwiłłowicza należy przyjąć z zadowoleniem i powitać z wszelkiem uznaniem dla autora.

Czytelnicy naszego czasopisma mieli sposobność poznania tendencji „Podstaw Psychologji" z artykułu „Usiłowanie", drukowanego w 1-ym zeszycie 1925 r. Nowin Psychjatrycznych; artykuł ten, który autor łaskawie przeznaczył dla naszego pisma, stanowi obszerne streszczenie rozdziału X-go, uzupełnione uwagami końcowemi z rozdziału XI-go książki.

Jako dewizę autor postawił motto: „ago, ergo sum", czem sprecyzował swoje stanowisko naukowe, jakie zajmuje w kwestji pojmowania zjawisk psychicznych i określił charakter spraw psychicznych jako czynny. W wykładach swoich Radziwiłłowicz dążył do uwydatnienia szczegółu, że zjawiska psychiczne nie są to stany, lecz akty psychiczne, że nie są to sprawy bierne, lecz wyraźnie czynne.

Bogata treść książki rozłożona jest na jedenaście rozdziałów, traktujących o teorjach psychologicznych, o metodach, o budowie i czynnościach układu nerwowego, o fizjologji zmysłów, o świadomości i podświadomości, o czuciu i postrzeganiu, o wyobrażaniu, o myśleniu, o uczuciu, o usiłowaniu, o jaźni i samowiedzy.

Kto zna prace Radziwiłłowicza, ten w „Podstawach Psychologji" natrafi na niejedną oryginalną koncepcję jako na starego znajomego w nowem ubraniu. Myśli, które poznaliśmy w „Myślach o myśleniu", spotykamy oprawione w nowe ramy, w których prezentują się jeszcze jaśniej, wyraziściej.

Jako przyrodnik (lekarz) autor starał się utrzymać wyłącznie przyrodniczy charakter wykładów nietylko w tej części, gdzie jest mowa o rzeczach czysto przyrodniczych jak budowa i czynności układu nerwowego, jak fizjologja zmysłów, którym to rozdziałom poświęcił dużo miejsca, lecz także wykłady, które są traktowane jako zagadnienie więcej teoretyczno-poznawcze niż psychologiczne, noszą cechy prelekcji czysto przyrodniczych.

Wywodom swoim autor często daje jaśniejszy i silniejszy wyraz w ten sposób, że w celach ilustracyjnych przytacza przykłady z psychopatologji,

na których tle normalne przejawy i przeżycia psychiczne nabierają właściwej wyrazistości.

W rozdziale o teorjach psychologicznych autor poddaje przekonywującej krytyce poszczególne doktryny psychologiczne, przyczem zwraca się przedewszystkiem przeciwko teorji asocjacyjnej.

Obszerny materjał, o którym pisze, autor opanował z suwerenną pewnością, opracował przedmiot starannie, przedstawił go jasno i zrozumiale, w sposób ewolucyjny, wykazując wszędzie rozległą erudycję. Autor jest oczytany w literaturze filozoficznej, zna prace psychologiczne zagraniczne, mianowicie pisane po angielsku; akcentuje wyraźnie ścisły stosunek swoich myśli do poglądów zawartych w dziełach psychologicznych angielskich i amerykańskich (George Croom Robertson, W. James).

„Podstawy Psychologji" przeznaczone są w pierwszym rzędzie dla słuchaczów medycyny. Ogólniejsze i szersze znaczenie książki Rodziwiłłowicza polega na tem, że wzbudza ona zainteresowanie nietylko u fachowców, a dzięki przystępności wykładu może stanowić dla każdego, co się interesuje i poświęcić pragnie studjum psychologji, obfite źródło wiadomości.

Zajmująca treść, w jasny i zrozumiały sposób przedstawiona, zapewnia pożytecznej książce powodzenie i poczytność. Już ten jeden szczegół, że książka jest pożyteczna, świadczy o jej wartości.

Al. Piotrowski.

Z PIŚMIENNICTWA RODZIMEGO. *)

Prof. W. Grzywo-Dąbrowski: PRZERWANIE CIĄŻY Z PUNKTU WIDZENIA SPOŁECZNEGO, PRAWNEGO I LEKARSKIEGO. (Wykłady Lekarskie, nr. 5—6, rok 1926).

W związku z pracami Komisji Kodyfikacyjnej, przygotowującej polski kodeks karny, cenna ta praca jest bardzo na czasie. Mamy też nadzieję, że prawodawca uwzględni niejedno ze słusznych uwag autora i przytoczonego materjału statystycznego, dotyczącego uzasadnienia karalności wzgl. zaniechania karania spędzenia płodu.

Autor przytacza dla porównania przepisy karne szeregu państw europejskich, cytuje zapatrywania na to zagadnienie wybitnych prawników, socjologów i lekarzy. Omawia dość szczegółowo rozlicznej natury przyczyny wzrostu poronień oraz ich skutki, i przychodzi do wniosku, że:

1) należy ustanowić wskazania społeczne przerwania ciąży;

2) ze wskazań społecznych przerwanie ciąży jest dopuszczalne w ciągu pierwszych 3 miesięcy, zawsze za zgodą matki, wzgl. jej rodziny, w następujących przypadkach:

a) zgwałcenie;

b) gdy ciąża oraz przyjście na świat dziecka obniży znacznie ekonomiczne warunki bytu matki lub jej rodziny, wzgl. spowoduje zmianę na niekorzyść warunków społecznych bytu matki;

c) gdy zachodzi bardzo uzasadnione przypuszczenie, że mogące przyjść na świat dziecko może być znacznie upośledzone pod względem psychicznym lub moralnym.

W konkluzji zaś dotyczącej walki państwa z zastraszającym wzrostem spędzenia płodu, mówi G. D. m. in.:

„Dzieje kar za wykonywanie poronień wykazały, że kara nie odstręcza kobiety od pozbycia się niemiłego płodu, że jest coś silniejszego od obawy kary, coś potężniejszego, co często nieraz zmusza do pozbycia sią ciąży za wszelką cenę — że siłą tą, która nieraz pcha kobietę do popełnienia przestępstwa, są warunki, wśród których ona żyje, warunki społeczne, ekonomiczne, moralne i t. d., i są one silniejsze, niż kary, niż obawa choroby, nawet śmierci.

Wydaje się wobec tego logicznem, że jeśli nie pomagają kary, należy do walki z tem złem chwycić się innych radykalnych środków. Jeśli warunki powodują poronienia, należy z niemi walczyć; walka zaś z warunkami, wytwarzającemi poronienia, jest bardzo a bardzo trudna i może dlatego prawodawstwa, idąc drogą najmniejszego oporu, łudzą się, że na drodze wysokich kar potrafią zaradzić złemu.

Najradykalniejszym i najpewniejszym sposobem walki z poronieniami byłaby poprawa warunków ekonomicznych i społecznych, co dałoby matkom możność wychowania większej ilości dzieci.

---

*) Na życzenie czytelników otwieramy dział, w którym będą umieszczane wzmianki o pracach polskich nadesłanych Redakcji.

W dużym stopniu może wpłynęłoby na zmniejszenie ilości poronień urządzanie żłóbków, domów opieki, ochron itp., gdzie pracujące matki mogłyby pozostawiać swe dzieci pod dobrym i dobrze zorganizowanym dozorem, w czasie, gdy same będą zajęte pracą zarobkową. W naszych warunkach środki te są jeszcze bardzo a bardzo dalekie od urzeczywistnienia.

Do zmniejszenia ilości poronień bezwarunkowo przyczyni się i zmiana poglądów na nieślubne matki i inny stosunek społeczeństwa do nieślubnych dzieci. Pod tym względem w ostatnich czasach w niektórych warstwach społeczeństwa rzeczywiście zarysowują się zmiany tych poglądów, jednak jeszcze jesteśmy daleko od tego, żeby matka nieślubnego dziecka była traktowana zupełnie narówni z matką, posiadającą prawe dzieci.

Należałoby matce (szczególnie nieślubnego dziecka) dać możność umieszczenia dziecka w domu wychowawczym, urządzonym, oczywiście, w odpowiedni sposób. Lęk, że matki zaczną masowo pozbywać się w ten sposób swych dzieci jest nieuzasadniony; instynkt macierzyński jest jednym z najsilniejszych instynktów, wobec tego nie myślę, żeby znalazła się zbyt duża ilość matek, które, mogąc wychować swe dzieci, dobrowolnie by się z niemi rozstały. Matki zaś, które bez koniecznej potrzeby oddadzą swe dziecko do domu wychowawczego, napewno nie będą dobremi matkami, a w takim razie, lepiej może będzie i dla nich i dla dzieci, gdy zostaną one oddane pod odpowiednią fachową opiekę. Kobiety w ciąży, wiedząc że mogą oddać dziecko do domu wychowawczego, zapewne rzadziej uciekałyby się do przerywania ciąży, niż to się dzieje obecnie. U nas obecnie domów wychowawczych jednak jest bardzo mało, a umieszczenie w nich dziecka przez matkę, jak mi wiadomo, jest rzeczą prawie że zupełnie niemożliwą, o ile nie podrzuci ona dziecka (co jest karane!), otwarcie zaś oddać go ona nie może, bo go tam nie przyjmą.

Z powyższego wynika, że racjonalna walka z poronieniami jest niemożliwą przy istniejącym stanie rzeczy i wytwarza się błędne koło: społeczeństwo (w osobie obowiązującego prawa) wymaga od kobiety, aby, o ile zajdzie ona w ciążę, pod żadnym pozorem jej nie przerywała i wychowywała dziecko, aczkolwiek zupełnie dobrze zdaje sobie sprawę, że nieraz kobieta nie ma możności doprowadzić ciąży do końca, a jeszcze częściej — nie może ona dziecka wychować. Ta oto niekonsekwencja społeczeństwa w stosunku do omawianego zjawiska znajduje swe jaskrawe odbicie w łagodnych wyrokach lub nawet w uniewinnieniu kobiet, oskarżonych o poronienie".

Józef Handelsman. — ZMIANY CHARAKTERU U DZIECI PO NAGMINNEM ŚPIĄCZKOWEM ZAPALENIU MÓZGU.

Autor daje opis kilku klinicznych przypadków fazy chronicznej n. z. m. u dzieci i na podstawie doświadczeń oraz odnośnej literatury charakteryzuje te stany jako przejawiające się *głównie w zmianie osobowości* Cierpienie rozpoczyna się od ogólnego niepokoju. Małe dzieci, które umieją się dobrze bawić, przepędzać czas wspólnie z innemi dziećmi, słuchać spokojnie opowiadań, stają się niespokojne, wykazują popęd do wyładowania ruchowego, wszystko dotykają, ale bez głębszego zainteresowania, rzecz dotkniętą natychmiast porzucają, niszczą zabawki, śmieją się lub płaczą bez przyczyny;

nie dają się *psychicznie opanować*; życzliwe lub poważne nawoływania, groźby, drobne lub większe kary mają tylko przejściowy skutek; takiż skutek wywołują nagrody, obietnice. Od czasu do czasu dziecko się zmienia, przytula się, dowcipkuje, bawi się, mówi miłe słówka, nagle jednak staje się bez przyczyny niegrzeczne, gburowate, krnąbrne; widywaliśmy dzieci, które np. całując gryzły dotkliwie. Słowem dziecko staje się niespokojne, ruchliwe, niepohamowane — a równocześnie kłótliwe, zmienne w nastrojach, nieposłuszne, krnąbrne, ordynarne, gburowate, aroganckie. Przeszkadza wszędzie, utrudnia życie rodzinie, a w szpitalu — chorym, personelowi; nikogo się nie boi, nikogo nie szanuje.

Starsze dzieci o wyższym stopniu rozwoju wykazują w tem cierpieniu zmiany poważniejsze i bardziej dokuczliwe, zwłaszcza z nadejściem okresu dojrzewania płciowego. Przy nadmiernej ruchliwości bardziej ordynarne; hałaśliwe zachowanie się, rzucanie mebli, tłuczenie szyb. Dalej obserwuje się u takich dzieci bardzo często kłamliwość, brutalność, skłonność do kradzieży niepotrzebnych, kłamstwa, oskarżania innych o brutalność. Homburger uważa tę trjadę — kradzież, kłamstwo i brutalność za specyficzną dla tego cierpienia. Wreszcie dzięki brakowi hamulców w życiu seksualnem obserwujemy szereg objawów, zaczynając od najordynarniejszych seksualnych wymysłów, a kończąc na czynach — bezwstydnej masturbacji ekshibicjoniźmie, gwałtach homo- i heteroseksualnych—wszystkie stopnie perwersji seksualnej. Pierwotny popęd do niepohamowanego zadawalniania swoich chęci u mniejszych dzieci wyraża się w postaci obżarstwa.

Zaburzenia intelektu są u nich wtórne, często bardzo nieznaczne; na skutek utraty ciągłości życia afektywnego przestają się one interesować życiem ogólnem.

Przypadki tego rodzaju zachorzenia u dzieci przypominają niekiedy *hebefrenje, stany hypomanjakalne,* najczęściej jednak *zwyrodnienie psychopatyczne,* zwłaszcza *moral insanity.*

Powstaje pytanie, czy i jakie są zmiany patologiczne mózgowe, które owo *rozszczepienie między życiem afektywno-popędowem a intelektualnem— zaburzenia charakteru* powodują.

Brak dotąd pewnych danych lokalizacyjnych, któreby pozwoliły bez stawiania hipotez, z pewnością określić mechanizm powstawania zaburzeń charakteru w tem cierpieniu.

„Częstokroć spotykanych zmian w węzłach podkorowych — mówi dalej autor, — pozwala jednak wyrazić (za Mazurkiewiczem) przypuszczenie, że anatomiczna dysocjacja dwóch układów nerwowych, wkazujących siłę kierowniczą nad aparatem ruchowym — jest zasadniczą przyczyną objawów“.

A. Wizel. — O POSTACIACH NIEDOROZWINIĘTYCH SCHIZOFRENJI. (Pamiętnik ku uczeniu ś. p. prof. dr. med. A. Mikulskiego, rok 1925).

Autor na wstępie przyjmuje, że w obecnej chwili posiadamy zbyt mało danych biologicznych, aby z całą stanowczością orzec, czy schizoid, jako typ psychopatyczny istnieje, czy też jest on tylko poronnym, utajonym obrazem schizofrenji; jeżeli jednak hypoteza schizofrenji poronnej, występującej pod maską schizoidu, może budzić pewne wątpliwości, to istnieje inna kategorja przypadków poronnych, których istota schizofreniczna jest zupełnie wyraźna

i które istotnie nie są niczem innem, jak tylko postacią poronną schizofrenji. Takie postacie proponuje W. nazwać *skrycie poronną schizofrenją*. Sześć przypadków, które autor przytacza w rozprawie i zaopatruje w dość szczegółową analizę pod kątem symptomatologji Bleulera i Kretschmera, mają zdaniem jego, ilustrować tego rodzaju postacie skrycie poronnej schizofrenji.

Charakterystykę schizofrenji poronnej zaczyna autor od strony negatywnej. W obrazie klinicznym postaci tej brak prawie zupełnie objawów dodatkowych: chorzy nie halucynują, pozbawieni są właściwych urojeń, wolni są od trzech zespołów — manjakalnych, amentywnych, bredzeniowych, (z wyjątkiem stanów depresyjnych) nie wykazują wreszcie wcale lub wykazują tylko w postaci zaczątkowej objawy katatoniczne*) (zmanierowanie, dziwactwa, impulsywność, negatywizm).

Co do strony pozytywnej objawów, autor podnosi, że chorzy ci posiadają w pierwszej linji niezmiernie *silny autyzm* i znajdują się w bardzo luźnej łączności z rzeczywistością. Mają oni swój świat wewnętrzny, świat subjektywny, który zastępuje im całkowicie rzeczywistość. Stąd *skłonność kolosalna do marzeń,* wybiegających daleko poza sferę możliwości, stąd pęd do fantazjowania bez żadnych widoków na to, aby jakakolwiek z tych fantazyj mogła się urzeczywistnić. Zachodzą brdzo często zaburzenia kojarzeniowe, i afektywne oraz ambiwalencja (przyczem raz silniej, raz słabiej są rozwinięte), nigdy jednak nie dochodzą do pełnego rozwoju, a niekiedy występupują jedynie w postaci zarodkowej.

Niezmiernie charakterystyczną cechą tych zaburzeń w przypadkach niedorozwiniętej schizofrenji jest zdaniem autora, okoliczność, że chorzy tego rodzaju, posiadają całkowitą *świadomość odnośnych zaburzeń.* Chorzy mówią wyraźnie o swojem rozkojarzeniu myślowem, o swojej ambiwalencji, o swoim niedorównanym afekcie, mają wyraźne poczucie swojej dezagregacji i dysharmonji psychicznej. Autor zaznacza tu też znamienny fakt, mianowicie, że marzenia schizofreników niedorozwiniętych realizują niekiedy życzenia w sposób nie jawny, lecz symboliczny. Pod maską świadomego życzenia ukrywa się stłumione w nieświadomości życzenie; przedostaje się ono wówczas do świadomości w przeróbce symbolicznej.

Ci — jak ich autor nazywa — *„marzyciele patologiczni“* częstokroć kryją się ze swemi marzeniami; inni, bardziej zaawansowani, mówią o nich głośno i dążą wszystkiemi siłami do urzeczywistnienia swych fantazji, narażając się w ten sposób ciągle na zawody i na przykre przeciwności życiowe.

To samo dotyczy w równej mierze i *fantazyj* prześladowczych.

„Schizofrenicy niedorozwinięci“ są w życiu wysoce *nieprodukcyjni* i ujawniają niesłychanie małą aktywność. Niektórzy niczem zgoła się nie zajmują, ignorują całkowicie świat rzeczywisty i nie poczuwają się do żadnych obowiązków, inni pracują i nawet zarobkują, ale czynią to niechętnie, z musu, zaopatrzeni jedynie w świat swoich myśli i marzeń, tak, iż żyją wówczas jak gdyby życiem podwójnem, inni wreszcie bardzo zaawansowani, do tego stopnia odbiegają od życia rzeczywistego, że jedyną dla nich przystanią okazuje się zakład psychjatryczny.

Przebieg postaci klinicznej jest, według autora, następujący: cierpienie rozwija się powoli i przebieg ma niezmiernie przewlekły, przyczem nie wy-

*) Te objawy nazywa W. katatonicznemi oczywiście za szkołą Bleulera. (ob).

kazuje ono żadnej dążności do ewolucji. Chorzy lata całe cierpią i produkują stale jeden i ten sam obraz kliniczny, czyli że są to przypadki *nawskroś stacjonarne*. Nie bacząc jednak na swój charakter niezmiernie przewlekły, mogą one cofać się w swym rozwoju i dawać nawet bardzo dobre remisje.

Autor stwierdza, że *schizomanja* Claude'a *jest* właśnie tą *schizofrenją poronną* i właśnie tą jej odmianą, którą nazywamy postacią marzeniową schizofrenji niedorozwiniętej. Tak pojęta schizomanja nie może, zdaniem W., rościć sobie najmniejszego prawa do zajęcia stanowiska równoległego z Bleulerowską schizofrenją, jak tego chce Claude i jego szkoła. Może ona być jedynie schizofrenji Bleulerowskiej podporządkowana.

Roman Markuszewicz. — UROJENIE CHRZTU W ZWIĄZKU Z KOMPLEKSEM KAZIRODCZYM W PRZYPADKU SCHIZOFRENJI.

Opis przypdku psychozy, rozpoznanej jako schizofrenja. Staranna analiza psychologiczna pod kątem freudowskich poglądów. Pacjent utożsamia się m. in. z szwagrem swoim, pragnie się ożenić z siostrą, a że jest żydem, zamierza się przedtem ochrzcić. Autor łączy te dwa kompleksy przyczynowo, gdyż chory wyraził się: „jeżeli ja jestem katolikiem, to siostra nie jest już moją siostrą, gdyż ona jest żydówką, a więc mogę się z nią ożenić". Afekt do siostry tłomaczy M. tak: chory osiąga nie tylko objekt erotyki dziecięcej t. j. matkę, lecz i mści się na swym ojcu, wyzwalając się przez urojenie chrztu z pod jego władzy. Bo jeżeli ojciec był bardzo nabożny, syn jest właśnie katolikiem. Chory nie chce uznać swego właściwego ojca — tego Jankla z czerwonemi oczyma — woli uznać innego ojca — wszechpotężnego Boga".

Na przypadku tym — mówi na innem miejscu autor — „widzimy nietylko miłość dla matki i jej imago — siostry, lecz i sposób, w jaki ona u dziecka powstaje. Nazywamy to kazirodztwem — lecz z tego uczucia powstaje później to przesublimowane uczucie dla naszych rodziców, z którego dumni jesteśmy nie tyle z samej naszej ‚miłości dla rodziców, ile z wysiłku naszego, którego dokonaliśmy, tłumiąc w sobie to kazirodcze uczucie i sublimując je w uczucie inne — szlachetniejsze".

Urojenia prześladowcze ocenia autor pod kątem psychoanalizy w następujący sposób: „Zbyt dużo chory mówi o prześladowaniach przez żydów, i to nas zmusza do zastanowienia. Gdyż, jeżeli chory tak dużo mówi o tych prześladowaniach, to widocznie sprawiają mu one przyjemność, chociaż pozornie przeciwko nim protestuje, Że chory czerpie korzyści dla siebie z tych prześladowań, o tem już wspominaliśmy, gdyż dzięki tym prześladowaniom może się utożsamić z Chrystusem. Wiemy z marzeń sennych, że prześladowany chce być prześladowanym i pożąda w rzeczywistości swego prześladowcy, — gdyż odczuwa to prześladowanie jako atak seksualny. Widzimy ten sam mechanizm u naszego chorego...

„Chory chce mieć stosunek homoseksualny ze swym ojcem. A temi słowy chory sam nam wyjaśnia genezę swych urojeń prześladowczych: jest to bowiem atak tych ludzi, wobec których chory odczuwa homoseksualne pożądanie. Urojenie chrztu z kompleksem kazirodczym nie jest tu przypadkowo obok siebie postawione".

Analizę przypadku kończy autor temi słowy: „Przez wyraźne wypowiedzenie się kompleksu kazirodczego w naszym przypadku urojenie chrztu zostało zdemaskowane. Jest ono bowiem nietylko *przejawieniem się narcyzmu, lecz i próbą pozbycia się nieświadomie odczuwanej winy za kompleks kazirodczy.* Stąd dążenie do wyznania chrześciańskiego, które daje możność spowiedzi i rozgrzeszenia za popełnione grzechy, — a w przyszłości obiecuje raj. Ten raj na ziemi chory nasz osiągnął w psychozie, gdy odrzucił swą cenzurę moralną, t. j. „żydowskie zabobony“.

Jak widzimy więc, w konkluzjach co do oceny genezy „kompleksu“, nie można autorowi odmówić gorliwości w wyznawaniu Freud'a. To też nie zdziwi się czytelnik, gdy się dowie, że autor zalicza sposoby interpretowania objawów chorobowych tego rodzaju co wyżej, do „ogólno-przyrodniczych metod badania“, lub, że przyrównywa — na innem miejscu — metodę psychoanalityczną do tak objektywnego, zdawałoby się nam, narzędzia jakiem jest ~~histologja~~(!)mikroskop(!)

A t o n i W i e c z o r e k. — POLE WIDZENIA U CHORYCH NA PARALYSIS PROGRESSIVA.

Autor dokonał badań perymetrycznych u 64 paralityków — przyczem, uwzględniając różne przeszkody do badania i oceny wyników, wypływające ze stanu psychicznego paralityków, wybrał ich z pomiędzy aż 180-ciu chorych, których miał do badania. W konkluzji stawia autor następujące tezy:

1. W bezwładzie postępującym nawet przy braniu zmian ze strony nerwu wzrokowego i dna ocznego, *granice pola widzenia są najczęściej mniej lub więcej współśrodkowo ograniczone.*

2. *Zwężenia są pochodzenia czynnościowego, zależą od zaburzeń uwagi,* przyczem stale ustępują z chwilą, gdy stan psychiczny chorych pozwala na częste badania w korzystnych warunkach.

3. Właściwe dla paraliżu postępującego *zmiany cielesne nie mają bezpośredniego wpływu na granice pola widzenia.*

S t e f a n K. P i e ń k o w s k i. — JAMISTOŚĆ RDZENIA U DWÓCH BRACI BLIŹNIAKÓW. (Przyczynek kliniczny do patogenezy jamistości rdzenia).

Dwa przypadki jamistości rdzenia, które podaje tu autor do wiadomości, zasługują, jego zdaniem, na uwagę o tyle, że stanowią unicum w odnośnem piśmiennictwie: dotyczą bowiem *dwóch braci bliźniaków*

Z zestawienia danych z piśmiennictwa wynika, że ilość przypadków jamistości rdzenia o typie rodzinnym lub tak zwanym dziedzicznym nie budzących żadnych wątpliwości pod względem rozpoznania, jest znikomo mała. W większości opisanych w literaturze przypadków mamy do czynienia z zespołem Morvana, mogą więc one budzić podejrzenie w kierunku trądu, zwłaszcza, że niezawsze przeprowadzone były badania bakterjologiczne. Z pośród innych nie da się wykluczyć hydromyelia, lub odrębne od jamistości rdzenia schorzenie typu konstytucjonalnego.

Z własnej obserwacji podaje autor dwóch bliźniaków płci męskiej, Piotra i Jana, dziedzicznie nieobarczonych, urodzonych na czasie i normalnie. U Piotra choroba obecna rozpoczęła się około 32 r. ż., początkowo wystąpiły

bóle, uczucie chłodu i zaburzenia uczucia w prawym boku; potem dołączyły się nieznaczne objawy ze strony układu moczo-płciowego, a po kilku latach wystąpiły zaburzenia uczucia i osłabienie kończyn, początkowo w górnej prawej, potem w lewej, następnie w dolnej prawej, wreszcie i w dolnej lewej. Później kończyny dolne nieco więcej osłabły, w kończynie górnej prawej wystąpiło lekkie niestałe drżenie. Rozwinęła się prawie zupełnie niemoc płciowa. W 3-im roku choroby badany wykazywał pewne nienormalności w budowie czaszki, nieznaczne osłabienie działania mięśni lewej połowy twarzy, skrzywienie kręgosłupa w górnej części piersiowej w prawo, w szyjnej w lewo, wyższe ustawienie prawego barku, brak odruchów brzusznych, nieznaczny niedowład kurczowy obu kończyn dolnych z Babińskim prawostronnie, zaburzenia czucia zimna, ciepła i bólu na tułowiu i w kończynach dolnych, ślady po oparzeniach na klatce piersiowej. Po 10-ciu latach w kończynach górnych wystąpiły nieznaczne zaniki mięśniowe; w kończynach dolnych wzmógł się niedowład, zjawiła się kurczowość; granice zaburzeń czucia rozszerzyły się ku górze, dołączyły się zaburzenia czucia dotyku i czucia głębokiego w kończynach dolnych.

U drugiego bliźniaka, Jana, w 28 r. ż. wystąpiło osłabienie lewej kończyny górnej, uczucie zimna i parestezje w kończynach dolnych, początkowo prawej, potem w lewej i osłabienie ich. Badany w 35-ym roku życia wykazywał wielkie podobieństwo pod względem budowy ciała do brata swego Piotra. Pozatem: zaniki mięśniowe lewostronne barku i całej kończyny, obustronnie drobnych mięśni rąk: ręka szponiasto-małpia lewostronnie. Brak odruchów głębokich obustronnie. Ruchy czynne lewostronnie upośledzone, zwłaszcza obwodowo. Parapareza kurczowa kończyn dolnych, lewostronnie silniej zaznaczona. Upośledzenie czucia ciepłoty i bólu na tułowiu i kończynach dolnych. Liczne blizny i owrzodzenia na kończynach.

Podkreślić należy kilka ciekawych szczegółów, dotyczących obu chorych.

Biorąc pod uwagę, że obaj bliźniacy byli tej samej płci, można z dość dużem prawdopodobieństwem przypuścić, że rozwijali się oni w łonie matki w tych samych błonach płodowych, być może również, że poczęci zostali z jednego i tego samego jajka. Niewątpliwem jest — zdaniem autora — bądźcobądź, że warunki ich rozwoju wewnątrzmacicowego, były bardzo podobne, jeśli nie takie same.

U obu choroba rozpoczęła się w tym samym mniejwięcej okresie życia. U obu bliźniaków główne siedliska sprawy chorobowej dotyczyły mniej więcej tej samej wysokości rdzenia, a mianowicie górnej części rdzenia piersiowego.

Fakty te zmuszają do postawienia pytania: czy zachodzi jakiś głębszy stosunek między tem, że obaj chorzy są bliźniakami a tem, że obaj cierpią na jamistość rdzenia?

Sprawa ta — wedle autora — wiąże się ściśle z zagadnieniem, dotyczącem patogenezy jamistości rdzenia, ze sprawą wrodzonego lub nabytego pochodzenia tej choroby.

Za tem, że jamistość rdzenia jest chorobą wrodzoną, odrębną od jam, powstających w życiu osobniczem, przemawiają, zdaniem autora, następujące argumenty:

1) Częste nieprawidłowości zamykania się rynienki rdzennej i odrywanie się gniazd spongioblastów, spotykane w rdzeniach chorych, cierpiących na jamistość rdzenia.

2) Zmiany kształtu, nawet zdwojenia kanału rdzennego.

3) Inne zaburzenia rozwojowe, jak potworniactwo i heterotypiczność tkanek.

4) Jamistość rdzenia rodzinna.

Przypadki przez autora opisane popierają w punkcie 4-ym teorję wrodzonego pochodzenia choroby, wskazując na to, że obaj bliźniacy ulegli w swym rozwoju, odbywającym się w tych samych warunkach, takim odchyleniom od normy, które dały możność powstania u obu w życiu osobniczem jamistości rdzenia. Czy warunki te zależały od kształtowania się obu zarodków, czy też od innych szkodliwych wpływów, tego oczywiście w danym przypadkbu wyjaśnić się nie da. ob.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

ZAKŁAD W DREWNICY *)

Rządy zaborcy rosyjskiego odznaczały się brakiem samodzielnej myśli politycznej, nacechowane były niskim poziomem kultury narodu i w postępowaniu z narodem, będącym w niewoli, pewną brutalnością i samowolą urzędniczą. Naród polski o wiekowej swej cywilizacji i bezwarunkowo o znacznie wyższej kulturze mógł znieść wiele w stosunku do władzy zaborczej, mógł powtarzać sobie, że wynarodowić się nie da, nie mógł jednak pozwolić, by najeźdzca godził bezmyślnie w podstawy rodzimej cywilizacji.

Wyrazem tej cywilizacji naszej był między innemi ustrój naszej opieki nad biednym, dzieckiem i chorym. Ustrój ten, jak zresztą na całym zachodzie cywilizowanym, związany był nicią z wiarą i tradycją narodu, powstał i rozwijał się w ciszy murów klasztornych lub dworków parafjalnych. Ustrój, za słaby w postępie czasu, poderwany przeżyciami państwa polskiego, miał zdrowe fundamenty i był dowodem mocy ducha, który ożywiał pradziadów naszych. Rząd zaborczy w początkach 70-go roku zeszłego stulecia przez zabranie i skasowanie dóbr kościelnych i klasztornych zadał cios biedzie, niedołęstwu wieku dziecka i chorym. Nasze instytucje opieki społecznej i szpitale, pozbawione kapitału, wspierającego ich byt, zaczęły się chwiać i stopniowo dochodziły do ruiny. Społeczeństwo polskie w początkach 1880 roku zdawało sobie sprawę, że zaborca godzi w podwaliny cywilizacji narodu, że pragnie w życiu społecznem pogłębić zamęt okresu popowstaniowego.

Społeczeństwo polskie zrozumiało, że na drodze mrówczej pracy, pod hasłem, „sami sobie", należy stworzyć przeciwwagę zapędom zaborcy i zaczęło tworzyć potrzebne narodowi instytucje.

Drewnica jest wyrazem ówczesnej ideologji. Niżej podpisany, patrząc od 1890 r. na skutki strasznie zaniedbanej opieki nad umysłowo chorymi (do strasznie biednych i nielicznych zakładów mogło się dostać nie więcej, niż 6,3% potrzebujących koniecznie szpitalnej opieki chorych), wraz z gronem obywateli dobrej woli utworzył po długich staraniach Warsz. Tow. Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi i przystąpił, na uzyskanej na mocy ukazu carskiego wydmie piaszczystej w Drewnicy, do tworzenia zakładu dla umysłowo chorych. Do wybuchu wojny, dzięki poparciu społeczeństwa, rozwój Drewnicy szedł dosyć raźnie. Ludzie dobrzy i ofiarni dawali grosze i większe sumy (ś. p. Wiemanowa, pani Eugenja Kierbedziowa i inni).

W okresie tym spotykaliśmy się z wprost rozczulającymi faktami, np. nauczyciel szkoły, polak w głębi Rosji pracujący od młodych lat, w liście przesyła nam czek na 25 tysięcy rubli ze słowami: „Bóg wam dopomóż w dobrej sprawie. Ja stary, wygrałem pieniądze, które mi nie są potrzebne". Tworzyliśmy zakład na odmiennych podstawach niż te, które w owe czasy panowały. Na pawilonach nie wprowadzaliśmy krat u okień, nie wprowadzaliśmy kaftanów i t. p. środków krępujących chorego podnieconego, a opiekę na pawilonach powierzyliśmy kobiecie — polce, nawet na oddziałach męskich.

Po 25-ciu latach śmiało powiedzieć możemy, że system wprowadzony w Drewnicy w zasadniczej linji wytrzymuje krytykę: w szpitalu coraz mniej i coraz krócej widzimy katatoników i nieruchomych, niechlujnych autyków; stosunek chorych do personelu pielęgniarskiego jest coraz życzliwszy, a stosunek ich do nas lekarzy jest chwilami rozczulająco przyjacielski. Personel służ-

*) Z okazji 25-ciolecia istnienia Warszawskiego Towarzystwa Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Umysłowo i Nerwowo Chorymi — oraz istnienia Zakładu.

bowy z chorymi wykonywuje w zakładzie dużą robotę: Drewnica posiada za mały obszar ziemi (około 100 morgów magdeb.), licząc w to i kawałek lasu wysokopiennego (22m.) i zaprowadzonego parku (około 42 morgów).

W zakładzie jest 5 pawilonów dla chorych (7 oddziałów) i 7 budynków gospodarczych. Zakład posiada spławną kanalizację — systemu Meunier-Chambaux —, na całem terytorjum sieć wodociągową (system pneumatyczny), własną elektrownią akumulatory, motor na ssany gaz) i zaopatrzony jest w mechaniczną pralnię (wypiera 500 sztuk bielizny dziennie).

Od założenia w zakładzie znalazło opiekę 7123 chorych, którzy przebyli 1.546.492 dni.

Zakład nie korzysta z zapomogi Skarbu Państwa; byt swój opiera na samopomocy społecznej (abonament miejsc przez zarządy miast, większych przedsiębiorstw i gmin), oraz z dochodów własnego gospodarstwa (ogród owocowy, warzywny i t. p.). Niedobory udaje się dotąd pokryć z ofiar dobrych ludzi.

Zakład pobiera 4 zł. za dzień zakładowy, klasy nie posiada, klasyfikuje zaś chorych, kierując się rodzajem choroby i stopniem wychowania chorych.

Personelu urzędniczego nie mamy, biurowość — nader uproszczoną — prowadzą sami lekarze (wzory naszych wykazów załączamy) i dozorczynie oddziałowe (gospodynie oddziałów i działów gospodarczych). W roku bieżącym oddaliśmy do użytku publicznego nowy oddziałek dla obłożnie chorych kobiet (20 łóżek) i ładnie urządzony budynek do badań naukowych (pracownia anatomo-patologicz.). W dniu, gdy to piszę, w zakładzie jest 341 chorych, w tej liczbie zaś 22 silnie podnieconych, 42 pracujących i 86 wymagających bądź leżenia, bądź stosowania zabiegów lekarskich.

Pomoc lekarską wypełnia nas czterech.

Kurator Zakładu: Dr. med. Karol Rychliński.

(Poniżej podajemy szematy nadesłane przez Dyr. Rychlińskiego, a dające pogląd na sposób prowadzenia ewidencji życia zakładowego w różnych jego przejawach).

RUCH CHORYCH NA ODDZIAŁACH W M-CU .... 1926 R.

ODDZIAŁY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Razem chorych																															
Personel służb.																															
Przybyło chor. nowych																															
Wróciło z urlopu																															
„ z uciecz.																															
Wypisano chor.																															
Wzięto na urlop																															
Zmarło																															
Uciekło																															
Podniecon. chor.																															
Pracujących																															
Biorących lek.																															

WYKAZ RUCHU CHORYCH WEDŁUG MIESIĘCY W ROKU 1926 R.

1926 rok	W dniu 1 miesiąca było chor.			W ciągu miesiąca przybyło chorych							Przebywało chorych w ciągu miesiąca			W CIĄGU MIESIĄCA UBYŁO CHORYCH																		W końcu miesiąca pozostało chorych			Dni zakładowych przebyli			Według tablicy Königa dostarczono ogółem ciepłost.	Na jedną osobę wprowadzono ciepłost.	Wydatkowno gotówką na produkty żywnościowe	Koszt (gotówką) żywienia jednej osoby
				Przysł. przez		Przysł. przez inne o. u. s.		Powr. z url. lub uciecz.		Ogółem przybyło				Wypisano			Zmarło			Urlopowano			Zbiegło			Przenies. do innych szpitali			Ogółem ubyło												
	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet		Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem	Mężczyzn	Kobiet	Razem				
Styczeń																																									
Luty																																									
Marzec																																									
Kwiecień																																									
Maj																																									
Czerwiec																																									
Lipiec																																									
Sierpień																																									
Wrzesień																																									
Październik																																									
Listopad																																									
Grudzień																																									

WYKAZ PRODUKTÓW WYDANYCH DO KUCHNI W M-CU ....1926 R.

Data	Chorzy	Personel	Razem	Mleko	Kawa	Cykorja	Herbata	Cukier	Chleb	Bułka psz.	Masło	Jaja	Mięso woł.	Mięso ciel. lub baran.	Wieprzow. schab, szyn.	Kiełbasa	Słonina	Smalec	Śledzie	Mąka żytn.	" pszen.	Kasza grycz.	" jęczm.	" jagl.	" perł.	" krak.	Pęczak	Płatki ows.	Manna	Fasola	Groch	Kartofle	Kapusta	Buraki	Marchew	Ryż	Ryba	Owoce	Włoszcz.	Ser	
1																																									
2																																									
3																																									
itd. 31																																									

WYKAZ PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH, MATERJAŁÓW OPAŁOWYCH I TECHNICZNYCH ORAZ PRZEDMIOTÓW DOSTARCZONYCH DO MAGAZYNU W R. 1526.

Miesiące	Mąka żytnia	" pszenna	Manna	Ryż	Cukier	Herbata	Kawa żyw.	Kawa	Cykorja	Kasza krakowska	" gryczana	" jaglana
Pozostało z roku 1925												
Zużyto w ciągu mies.—Styczeń												
" " " " —Luty												
" " " " —Marzec												
" " " " —Kwiecień												
" " " " —Maj												
" " " " —Czerwiec												
" " " " —Lipiec												
" " " " —Sierpień												
" " " " —Wrzesień												
" " " " —Paździer.												
" " " " —Listopad												
" " " " —Grudzień												
Ogółem dostarcz. w ciągu roku												
Według wykaz. mies. spotrz.												

Miesiące	Pęczak	Kasza perłowa	" jęczmienna	Płatki owsiane	Fasola	Groch	Mięso wołowe	" cielęce (lub baran.	" wieprzowe	Kiełbasa i szynka	Słonina	Smalec
Pozostało z roku 1925												
Zużyto w ciągu mies.—Styczeń												
" " " " —Luty												
" " " " —Marzec												
" " " " —Kwiecień												
" " " " —Maj												
" " " " —Czerwiec												
" " " " —Lipiec												
" " " " —Sierpień												
" " " " —Wrzesień												
" " " " —Paździer.												
" " " " —Listopad												
" " " " —Grudzień												
Ogółem dostarcz. w ciągu roku												
Według wykaz. mies. spotrz.												

Miesiące	Sledzie	Ryba	Mleko	Ser	Kartofle	Kapusta	Buraki	Marchew	Warzywa	Owoc — ogórki	Sól	Węgiel
Pozostało z roku 1925												
Zużyto w ciągu mies.—Styczeń												
" " " " —Luty												
" " " " —Marzec												
" " " " —Kwiecień												
" " " " —Maj												
" " " " —Czerwiec												
" " " " —Lipiec												
" " " " —Sierpień												
" " " " —Wrzesień												
" " " " —Paździer.												
" " " " —Listopad												
" " " " —Grudzień												
Ogółem dostarcz. w ciągu roku												
Według wykaz. mies. spotrz.												

Miesiące	Koks	Drzewo opałowe	Materjał bud. (deski itp.)	Zelazo	Smary	Mydło do prania	" szare	Bielidło	Szczotki do podług	" ręczne i malar.	Pokost — Nafta
Pozostało z roku 1925											
Zużyto w ciągu mies.—Styczeń											
" " " " —Luty											
" " " " —Marzec											
" " " " —Kwiecień											
" " " " —Maj											
" " " " —Czerwiec											
" " " " —Lipiec											
" " " " —Sierpień											
" " " " —Wrzesień											
" " " " —Paździer.											
" " " " —Listopad											
" " " " —Grudzień											
Ogółem dostarcz. w ciągu roku											
Według wykaz. mies. spotrz.											

R-K EKSPLOATACJI ZAKŁADU W DREWNICY ZA ROK 1925.

WYDATKI	Złote	gr	Złote	gr
I. Personel				
pensje lekarzy	14750	—		
wynagrodzenie służby . .	45895	30	60645	30
II. Wydatki gospodarcze				
żywność dla chorych . .	127214	45		
środki lecznicze	3078	11		
opał i światło	11502	08		
pranie i utrzymanie czystości	4597	92		
remont budynków . . .	29331	08		
utrzymanie żywego inwent.	6248	21		
różne gospodarcze . . .	7164	98		
podatki i asekuracja . .	1447	41		
ogród zakładowy . . .	3191	25	193775	49
III. Remont i naprawa				
ruchomości	4736	88		
odzieży i bielizny . . .	16731	71	21468	59
IV. R-k amortyzacji				
ruchomości	7309	50		
nieruchomości	7097	50	14407	—
V. Fundusz rezerwowy na pokrycie projektowanych budowli			86686	97
			376983	35

DOCHODY	Złote	gr	Złote	gr
I. Opłata za chorych:				
1095 dni zakład. po 2 zł	2190	—		
3076 „ „ „ 3 zł	9228	—		
3047 „ „ „ 4 zł	13075	56	24493	56
II. Magistrat m. st. Warszawy za chorych:				
46442 dni zakład. po 3 zł	139316	—		
48191 „ „ „ 4 zł	192764	—	332080	—
III. Z gospodarstwa zakładowego:				
za zużyte na kuchnię i ogród	17859	74		
za sprzedane	2550	05	20409	79
			376983	35

Liczba dni zakładowych:
prywat. i inst. różne 7218.—
Magistr. m. st. Warszawy . . . . 94633.—
bezpłatnych . . . 6902.— 108753.—

Zakład Psychjatryczny

DREWNICA

Sprawozdanie *) za ROK 1925

ZESTAWIŁ DYR. DR. MED. KAROL RYCHLIŃSKI.

Dwudziesto trzeci rok działalności zakładu w Drewnicy od dnia urzędowego otwarcia, a w rzeczywistości 24-ty od chwili przyjęcia do zakładu, będącego w 1902 r. w okresie początkowym, pierwszych chorych, powinienem nazwać pierwszym jaśniejszym przebłyskiem od chwili wybuchu strasznej wojny. Rok sprawozdawczy pod względem moralnym i materjalnym był dla zakładu szczęśliwszym od lat poprzednich, odznaczał się bowiem równowagą w życiu chorych i co ważniejsza w życiu personelu, poświęcającego się opiece nad tego rodzaju chorymi. Przewodnia myśl, która przyświecała obywatelom od założenia zakładu, która, zdawało się, załamać się musi w przeżyciach okresu wojennego i powojennego, napowrót zajaśniała i zakład zaczął funkcjonować prawidłowo i mam przeświadczenie, spełnił swe zadanie prawidłowiej, niż w latach ubiegłych.

W roku sprawozdawczym w Drewnicy znalazło opiekę 467 chorych, którzy przebyli 108.753 dni zakładowych.

Ruch chorych wykazuje, że w r. 1924 pozostało chorych:
mężczyzn 111, kobiet 161
przybyło nowych chorych:
mężczyzn 106 kobiet 89
Ubyło:
wypisanych w stanie poprawy:
mężczyzn 61 kobiet 39
umarło:
mężczyzn 36 kobiet 25

Po podsumowaniu wraz z chorymi urlopowanymi i jeszcze niepowróconymi do zakładu, w dniu 31-go grudnia 1925 r. było w zakładzie: mężczyzn — 125, kobiet — 191, razem 316 chorych.

Z zestawień widać, że zakład, obliczony na 250 chorych, był stale przepełniony, gdyż najmniej w ciągu miesiąca dawał opiekę 296 chorym (w lipcu), a było np. w listopadzie 363 chorych. Stałe przebywanie większej, ponad normę, liczby chorych wywoływało utrudnienie gospodarcze. Szczególniej oddziały kobiece, stale przepełnione wymagały rozszerzenia i dlatego domek na 15 osób, stale utrzymywany jako rezerwa w razie choroby nagminnej, musiał być przeznaczony na oddział stały kobiecy. Stało się to bez krzywdy, gdyż w zakładzie przez cały rok nie było przypadku choroby zakaźnej.

Według kategorji choroby zasadniczej mieliśmy z cierpieniem:

	m.	k.	razem
Psychosis maniacodepressiva	4	18	22
Psych. reactiva	—	3	3
Psych. epileptica	23	16	39
Delirium toxicum	1	4	5
Oligophrenia	38	20	58
Paraphrenia	22	23	45
Schizophrenia	56	104	160
Psych. alcoholica	21	2	23
Dem. arteriosclerot.	2	1	3
Paral. progressiva	33	11	44
do przeniesienia	200	202	402

*) Podane w streszczeniu. Red.

	m.	k.	razem
z przeniesienia	200	202	402
Laesio cerebri org.	4	2	6
Dem. senilis et praes.	6	25	31
Psychopathia const.	6	10	16
Lues cerebri	1	11	12
Razem	217	250	467

Zakład w przeważnej części opiekował się chorymi, przysłanymi przez wydział szpitalnictwa m. stoł. Warszawy. W roku sprawozdawczym m. Warszawa przesyła do Drewnicy mężczyzn chorych 93, kobiet 2.

Miasto stołeczne bez ewakuacji szpitala Jana Bożego nie mogłoby sprostać i ⅓ części tych zadań, jakie ma do spełnienia i dlatego zakład w Drewnicy dla miasta jest koniecznością i nietylko pod względem moralnym, ale nawet, jak wykazuje sprawozdanie rachunkowe i materjalnym.

Ta okoliczność, że zakład nasz przyczynia się miastu do możliwego spełniania nadmiernych potrzeb opieki nad umysłowo chorymi, ma dla zakładu naszego ujemne strony, gdyż szpital Jana Bożego przysyła wielu chorych z rozwiniętą gruźlicą lub w ciężkim stanie fizycznym, przez co odsetek śmiertelności wśród chorych w Drewnicy musi być większy, niż w innych zakładach.

Zmarło w roku sprawozdawczym chorych mężczyzn — 36, kobiet — 25, razem — 61.

Przyczyną śmierci było:

	m.	k.	razem
gruźlica	15	9	24
choroby serca i naczyń krwionośnych	5	6	11
uwiąd starczy	—	3	3
zmiany paralityczne	13	4	17
zapalenie płuc	3	2	5
choroba kiszek	—	1	1
Razem	36	25	61

W roku sprawozdawczym nie mieliśmy ani jednego przypadku nieszczęśliwego w zakładzie, a liczba ucieczek była stosunkowo znikoma, gdyż zbiegło przez cały rok 24 chorych, z pośród których 18 wróciło dobrowolnie na drugi lub trzeci dzień.

Względnie, bo jeszcze z wahaniami, ustalenie waluty naszej, terminowość w wypłatach za chorych, obok natężonej pracy ze strony pracowników zakładu sprawiły, że zdołaliśmy zakład cofnąć z pochyłości, na którą siłą konieczności lat ubiegłych wstąpić musiała placówka społeczna, oparta na dobroczynnym groszu, na wytrwałości jednostek, pozbawiona i tego skromnego zasobu, jaki wywiózł i dotąd nie zwrócił okupant rosyjski. Nie dostaliśmy ze skarbu Państwa naszego zasiłku, nie dobijaliśmy się przynależnego nam zasiłku, bo świadomi trudnych warunków, w jakich powstawała Odrodzona Polska, wybraliśmy drogę trudniejszą — kosztem własnego wysiłku, chcieliśmy przetrwać ciężkie chwile, byle skarbu nie podrywać. Głównem źródłem dochodów, z których żył zakład, była opłata za chorych, przysyłanych przez miasto i te instytucje społeczne, które korzystały z opieki zakładu dla swych chorych. Opłata ta średnio wyniosła w obliczeniu rocznem od 3.39 do 3.52 zł. Z opłat wpłynęło za 94.633 dni zakładowych, chorzy zaś przebywali 108.753 dni, przeto około 10 tysięcy dni zakładowych pokrywaliśmy z dochodów gospodarstwa, jakie prowadzi Drewnica, które zdołaliśmy odrestaurować i ono bowiem w okresie ciężkim znacznie podupadło i wymaga dalszych wysiłków.

W roku sprawozdawczym zdołaliśmy doprowadzić odżywianie chorych do potrzeb wymaganej normy. Ścisłe przez cały rok prowadzone wyliczenia kalorji w podawanych pokarmach według tablic Koeniga wykazuje, że średnio każdej jednostce dawaliśmy dziennie od 2405 (do kwietnia) do 2734 jednostek

cieplikowych (w sierpniu). Systematyczne ważenie chorych przekonało nas również, że odżywianie przebywających w zakładzie wstępować zaczyna na normalne tory. Zdołaliśmy szatnie zaopatrzyć w wystarczające zasoby, jak również magazyn produktów spożywczych i materjałów opałowych nie świecił, jak poprzednio pustką. Do bardzo dodatnich wyników doszliśmy również przez przeprowadzony znaczny remont wewnątrz pawilonów, przez kapitalne odnowienie wiązań, dachów i ścian w chylącym się do upadku budynku kuchennym i przez remont konieczny w innych zabudowaniach zakładowych. Dalsze wysiłki w kierunku potrzebnych odnowień są jeszcze konieczne, bo w ciągu 10 lat nic prawie nie mogliśmy odnawiać. Na dokonany remont wydaliśmy blisko 30.000 złotych, w konieczne zaś inwestycje włożyliśmy pokaźniejszy grosz.

W roku sprawozdawczym zdołaliśmy, zawdzięczając chętnej i owocnej pracy młodych sił lekarskich, szczególniej kol. Henryka Różkowskiego i kol. Dominika Ryniewicza, działalność naukową postawić na pewnej wysokości i dlatego z całą przyjemnością podnoszę tę stronę zakładu, gdyż mam wrażenie, że przy dalszej wytrwałości Drewnica ziści te postulaty, do których dąży psychjatrja i stać się może poważnym przyczynkiem do reformy obecnych zapatrywań w wielu kierunkach wiedzy lekarskiej.

Zabezpieczając lepszy byt pracowników szpitalnych (personel służbowy w Drewnicy jest już obecnie wynagradzany przyzwoicie i posiada nie mniejsze uposażenie, niż służba zakładów państwowych), pilnując moralnych potrzeb pracowników, dochodzić zaczynamy do pożądanych wyników; o pracę w zakładzie zgłasza się wielu kandydatów, pracę ciężką wykonuje zespół obecny sprawnie i chętnie i powoli wdrażają się pracownicy do rozumienia chorego i tych wymagań, które stawia należycie rozumiana opieka nad umysłowo chorymi. Z nielicznymi wyjątkami podjęta praca w tym kierunku wydała w roku sprawozdawczym wynik dodatni, chociaż dalecy jeszcze jesteśmy od tych wzorów, do których dążyć powinniśmy.

Szpital dla psychicznie i nerwowo chorych

KOCHANÓWKA

Sprawozdanie *) za ROK 1925

ZESTAWIŁ DR. MED. DYR. B. SIWIŃSKI.

Gospodarstwo rolne — 8 morgów — dało stosunkowo dosyć dochodu. Ogrody nieco zawiodły. W lesie i w pobliżu pawilonu AB zasadzono w roku sprawozdawczym 10 tys. sosen i świerków.

Kupiono też samochód ciężarowy oraz maszynę do pisania.

Postawiono płot, wysoki na 2 metry, przy pawilonie dla chorych niespokojnych, przeprowadzono rury wodociągowe do wszystkich domów mieszkalnych, uruchomiono telefony, wewnętrzne i zewnętrzne. Odnowiono pawilon im. E. Geyera, który ucierpiał na skutek pożaru, odnowiono i inne pawilony, nadając poszczególnym salom weselszy wygląd.

Swego czasu szpital wysłał był, na życzenie Magistratu m. Łodzi, 60 chroników do domu — dla braku łóżek. Niemal wszyscy ci chorzy jednak wrócili z powrotem do szpitala.

Bibljoteka dla chorych liczy numerów 412, a lekarska — 1384.

W szpitalu pracuje, prócz dyrektora, 4 ordynatorów. Na praktyce przebywało w szpitalu w lecie roku sprawozdawczego kilku studentów.

W przepiegu porażenia postępującego stosowano preparaty bismutowe łącznie z ostróżnem stosowaniem rtęci, jodu i neosalwarsanu, później szczepienie zimnicy, W otępieniu wczesnem stosowano nukleinian sodu, w encephalitis lethargica — urotropinę, phlogetan, mleko wyjałowione, hioscynę i ew. skopolaminę. W stanach podniecenia stosowano nadal koce suche i wilgotne, hioscynę podskórnie.

*) W streszczeniu. Red.

TABLICA I.

	m.	k.	razem
Na 1. I. 25. pozostało	130	148	278
W ciągu roku przybyło	252	289	541
Wypisana	183	239	422
Pozostaje na 31. 12. 25 r.	166	166	332

TABLICA II.

Wypisano:	m.	k.	razem
a) wyleczonych	14	51	62
b) z polepszeniem	81	87	168
c) bez polepszenia	88	101	189
razem	183	239	422

Śmiertelność wynosi 7,9 % (zmarło mężczyzn — 33, kobiet — 32).

Odsetek leczonych w szpitalu chorych wyznania mojżeszowego wynosi 33,33 %.

TABLICA III.

Przyczyny zcjść śmiertelnych

	m.	k.	razem
Tbc. pulm. et intest.	4	8	12
Marasmus paralyticus	15	2	17
Encephalitis epidemica	—	1	1
Adynamia cordis	2	3	5
Pneum. croup. et hypost.	5	5	10
Bronchopneumonia	—	1	1
Status epilepticus	—	1	1
Status paralyticus	1	—	1
Marasmus senilis	2	4	6
Neoplasma cranii	1	—	1
Tumor cerebri	2	1	3
Inanitio	1	—	1
Arterioscl. cerebri	—	1	1
Insufficientia cordis	—	3	3
Peritonitis	—	1	1
Suicidium	—	1	1
razem	33	32	65

TABLICA IV.

Podług rozpoznania.

	m.	k.	razem
Dem. praecox	116	164	280
Psych. maniaco-depr.	34	86	120
Paranoia	2	2	4
Neurosis traum.	2	—	2
Psychosis traum.	1	—	1
Psychasthenia	3	1	4
Psych. hysterica	10	21	31
Psych. epileptica	27	29	56
Hystero - epilepsia	—	1	1
Psychop. consitut.	2	1	3
Paralysis progressiva	53	6	59
Taboparalysis	15	2	17
Lues cerebro - spinalis	9	10	19
Arterioscl. cerebri	1	—	1
Psych. sen. et. praesenilis	4	34	38
Amentia	—	8	8
Alcool. chron.	19	2	21
del. tremens	1	—	1
morphinismus	1	—	1

Psych. post. intoxicationem CO.	—	1	1
Enceph. leth. epidem.	16	7	23
Paralysis agitans	1	—	1
Cretinismus	—	1	1
Idiotismus	4	3	7
Imbecillitas	17	15	32
Dem. senilis	10	13	23
Observatio	29	27	56
Lues congenita	—	1	1
Tabes dorsalis	—	1	1
Eunuchoidismus	1	—	1
Agonia	1	1	2
Neoplasma cranii	1	—	1
Tumor cerebri	2	—	2

TABLICA V.

Dochody.

Opłaty za chorych		422.486.81 zł.
Różne wpływy		17.356.98 zł.
	razem	439.843.79 zł.

Wydatki.

Artykuły spożywcze	185.558.65 zł.
Bielizna, etc.	20.504.26 „
Opał i oświtelenie	32.304.56 „
Pensja	88.581.34 „
Remont	18.813.06 „
Budowa kaplicy	32.592.73 „
Utrzymanie inwentarza żyw.	16.440.50 „
Różne	45.048.69 zł.

PERSONALJA.

= Dr. med. Rafał Radziwiłłowicz, docent psychjatri Uniwersytetu Warszawskiego, b. kierownik Wydziału psychjatrycznego w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, został powołany jako profesor zwyczajny na katedrę psychjatri uniwersytetu Stefana Batorego. Wybór Radziwiłłowicza nastąpił jednogłośnie. Prof. Radziwiłłowicz, jeden z najenergiczniejszych i najruchliwszych uczonych naszych, posiadający obok rozległej wiedzy teoretycznej doświadczenie praktyczne, inicjatywę i zmysł organizacyjny, daje gwarancję że klinika psychjatryczna wileńska zakwitnie pełnem życiem, na pożytek nauki i chorych.

Redakcja Nowin Psychjatrycznych wyraża niniejszem prof. Radziewiłłowiczowi, swojemu cenionemu współpracownikowi, jak najserdeczniejsze życzenia wszelkiej pomyślności na nowym posterunku.

= Dr. med. Januszewski Wacław z Wilna, objął stanowisko asystenta w Krajowym Zakł. Psych. Dziekanka w dniu 8. 4. 26.

= Dr. med. Oberc Stanisław ze Lwowa, objął stanowisko asystenta w Kraj. Zakł. Psychjatr. Dziekanka w dniu 28. 4. 26.

= Dr. med. Sągin Kazimierz, asystent Kraj. Zakł. Psychjatr. Dziekanka, opuścił stanowisko dnia 1. 11. 26.

= Dr. Siemionkin Mateusz, prymarjusz Państwowego Zakładu w Kobieszynie, objął stanowisko prymarjusza Zakładu Psychjatrycznego w Lublińcu.

EMIL KRAEPELIN

† 7. X. 1926.

NIE ŻYJE. UMARŁ — PRZEŻYWSZY LAT '70 — WYBITNY MĄŻ NAUKI WIELKICH ZASŁUG, KTÓREGO NAZWISKO NIEROZERWALNIE ZWIĄZANE JEST Z ROZWOJEM I POSTĘPEM NOWOCZESNEJ PSYCHJATRJI KLINICZNEJ. OD 30 LAT PSYCHJATRZY CAŁEGO ŚWIATA UWAGĘ SWOJĄ MIELI SKIEROWANĄ KU NIEMU I Z WIARĄ PRZYJMOWALI KAŻDE SŁOWO, KTÓRE MISTRZ MONACHIJSKI GŁOSIŁ EX CATHEDRA. ACZKOLWIEK CIERPIĄCY, NIE USTAWAŁ W PRACY I JESZCZE 3 DNI PRZED ŚMIERCIĄ NAPISAŁ PRZEDMOWĘ DO 2 TOMU IX WYDANIA SWOJEJ „PSYCHJATRJI“, A W OSTATNIEJ CHWILI DYKTOWAŁ INSTRUKCJE I WSKAZÓWKI DLA INSTYTUTU DO BADAŃ PSYCHJATRYCZNYCH, KTÓREGO BYŁ TWÓRCĄ — I ODSZEDŁ MIĘDZY NIEŚMIERTELNYCH.

NADESŁANE.

Okazał się zeszyt IV. Rocznika Psychjatrycznego, organu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Redaktor: prof. dr. Jan Mazurkiewicz, wydawca: dr. Józef Handelsman. Zeszyt zawiera prace: W. Sterlinga — O odrębnej postaci zamroczenia hysterycznego, występującej w okresie budzenia się ze snu, i o związku jej z letargiem i narkolepsją, W. Łuniewskiego — Przypadek pozbawienia trojga ludzi życia z motywów urojeniowych. Z. Messinga i F. Wicherta — Przyczynek do sprawy anatomicznej lokalizacji afektów i ich zaburzeń, W. Sterlinga i J. Handelsmana — Typ konstytucjonalny przedwczesnej dojrzałości płciowej, Z. Kamińskiego — Kilka uwag w związku z metodą „badania oporu" Abramowskiego, oraz: M. Bornsztajna — Przemówienie z powodu jubileuszu Zygmunta Freuda; pozatem: kronikę psychjatryczną, i sprawozdanie z VI. Zjazdu Psychjatrów Polskich.

Opuścił prasę tom IX. Neurologji Polskiej, organu Warszawskiego Tow. Neurologicznego. Redaktor: J. Koelichen, wydawcy: W. Jarecki i T. Jaroszyński. Zawiera prace: E. Flataua — O objawach mózgowych w gruźlicy podstawy, czaszki, dr. Henryka Higiera — Z kliniki rzadszych postaci otępienia, we wczesnem dzieciństwie nabytego, p. Łucji Frey — Przypadek tętniaka splotowatego rdzenia, W. Sterlinga — Palilalja jako objaw parkinsonizmu w nagminnem letargicznem zapaleniu mózgu, W. Tyczki — objawy neurologiczne występujące w związku z odmą, G. Bychowskiego — Odruchy położenia i ustawienia i indukcją ruchów; dalej Sprawozdanie z posiedzenia naukowego Warsz. Tow. Neurologicznego, oraz przegląd bibljograficzny.

„Wychowanie Fizyczne" kwartalnik, poświęcony higjenie szkolnej kształcenia cielesnemu w domu, szkole, armji i stowarzyszeniach, red. nacz. Prof. Uniwers. W. Piasecki, Poznań 3, Chełmońskiego 20. Opuścił prasę nr. 4. rocznika VII, który zawiera m. in. artykuły: Dra. T. Drubczyka — O rozwoju fizycznym abiturjetów gimnazjalnych, prof. Pandlewskiego — O epidemji szkarlatyny, kpt. Jungrawa — O wych. fiz. i sporcie w Finlandji, por. Ciepiolowskiego — O pięcioleciu Centr. Szk. Gimn. i Sport. w Poznaniu, kpt. Barana — O sporcie polskim, dalej oceny nowych książek polskich i obcych, streszczenia, sprawozdania z towarzystw, instytucyj i zjazdów, z ruchu ćwiczebnego, ustawy, rozporządzenia i przepisy, notatki bibljograficzne, na mównicy, kronika.

Ukazał się Nr. 4 „Szkoły Specjalnej", kwartalnika poświęconego sprawom wychowania i nauczania anormlnych (organ Sekcji Szkolnictwa Specjalnego Związku P. N. S. P.).

Na treść Nr. 4. składają się bardzo ciekawe artykuły, a mianowicie: Dr. M. Grzegorzewska — Struktura psychiczna t. zw. „zmysłu przeszkód" niewidomych. Dr. M. Frmer — Różne postacie i przyczyny upośledzenia umysłowego. M. Więckowska — Badanie dzieci głuchoniemych metodą Herderche'go. W. Szuman — Wychowanie dzieci przestępczych w Belgji. Prócz tych artykułów zeszyt obejmuje kronikę krajową i zagraniczną szkolnictwa specjalnego, oraz sprawozdanie z literatury psychopagogicznej w tej dziedzinie.

SPROSTOWANIA.

W referacie A. Piotrowskiego „Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim", w Nowinach Psychjatrycznych 1926, II., str. 69, wymieniono mylnie Zakład Psychjatryczny w Rybniku między zakładami nie posiadającymi własnej roli. W rzeczywistości do Zakładu rybnickiego należy 1120,97 morgów magdeburskich. Zakład w Rybniku utrzymuje także szkołę dla matołków, w której obecnie znajduje się 69 dzieci.

Str. 85 napisano	winno być
SPIELBAUM	SZPIDBAUM

SKOROWIDZ AUTORÓW.

(Liczby tłustym drukiem, oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen).

SKOROWIDZ MATERJAŁU.

(Liczby tłustym drukiem oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen, omawiające odnośny materjał.)